



Zusammenfassende Dokumenta- tion

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):

Änderungen aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung,
beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung
und der Bronchiallavage

Vom 16.10.2025



Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de


Inhalt

A	Beschluss und Tragende Gründe	5
A-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....	5
B	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....	6
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	6
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	6
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	6
B-4	Übersicht	6
B-4.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	6
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	7
B-6	Schriftliche Stellungnahmen	7
B-6.1	Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	8
B-7	Mündliche Stellungnahmen	27
B-7.1	Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten	27
B-7.2	Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	28
B-8	Würdigung der Stellungnahmen	29
C	Anlagen	30
C-1	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	30
C-1.1	Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	31
C-1.2	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	37
C-1.3	Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext.....	46
C-1.4	Schriftliche Stellungnahmen (Volltexte).....	59
C-1.5	Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren	99
C-2	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (wird nach Prüfung eingefügt)	100
C-3	Beschluss (BAnz AT) (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)	101
C-4	Tragende Gründe (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)	110

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FBMed	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel C abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C abgebildet.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 3. Juni 2025 den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt Verfo Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Absatz 5a SGB V
- Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V, sowie
- Stellungnahmeberechtigten Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V i.V.m. § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 SGB V.

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA VL beschloss in seiner Sitzung am 3. Juni 2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-1) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 4. Juni 2025 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

B-4 Übersicht

B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	24.06.2025	Verzicht
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	10.06.2025	Verzicht

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	24.06.2025	Verzicht
Organisationen gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V		
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	01.07.2025	
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle		
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)	17.06.2025	
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)		
Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle	02.07.2015	
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)		
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	02.07.2025	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)		
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)	02.07.2025	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	01.07.2025	
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)		
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)	02.07.2025	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)		
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)		
Organisation zur Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V		
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	30.06.2025	
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV)	03.07.2025	verfristet
Deutscher Kinderhospizverein e.V. (DKHV)		
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)		
Bundesverband Kinderhospiz e. V. (BVKH)	01.07.2025	
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	03.09.2025	verfristet

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-1 abgebildet.

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-1.4 abgebildet.

B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-1.4 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Allgemein/Übergreifend/Zur Streichung der §§ 1a und 9

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	APH	Wir begrüßen die im Beschlussentwurf vorgesehenen Änderungen und haben keine weiteren Anmerkungen.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
2.	DGP	Keine Änderungen oder Anmerkungen seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.	Kenntnisnahme	Keine Änderung
3.	AWO	Der AWO Bundesverband bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Die vorgelegten Änderungen , die auf verschiedene Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis beruhen und beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingegangen sind, sind überwiegend nachvollziehbar und auch aus unserer Sicht angemessen und richtig.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
4.	bad e. V.	Streichung der § 1a und § 9 Den vorgesehenen Streichungen wird zugestimmt. Es ist zutreffend, dass es der Übergangsregelung bzw. der COVID-Sonderregelung nicht mehr bedarf.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Zu § 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
5.	Paritätische	Durch die Anpassung wird somit die Eindeutigkeit der Regelung erhöht, ohne die bisherigen Zuständigkeiten oder Verantwortlichkeiten zu verändern. Die Anpassung ist ein Schritt in die richtige Richtung, wenngleich eine konkrete Benennung der Durchführungsverantwortung an dieser Stelle zielführender wäre, als lediglich auf die Änderungen im Vertragsarztrecht zu verweisen.	Kenntnisnahme der Zustimmung Der G-BA besitzt keine Regelungskompetenz diesbezüglich. Siehe insbesondere zu den geplanten Erweiterungen der pflegerischen Kompetenzen den Referentenentwurf vom 25.06.2025 zu einem Pflegekompetenzgesetz. ¹	Keine Änderung
6.	Diakonie	Die Anpassung der Formulierung in Absatz 1 wird von der Diakonie Deutschland unterstützt. Durch die angepasste Formulierung wird klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Pflegefachkräften/Pflegekräften liegt. Dadurch wird deutlich, dass es sich nicht um eine Delegation im Sinne der Delegation ärztlicher Leistungen mit einer fortbestehenden ärztlichen Durchführungsverantwortung handelt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

¹ Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG), abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE_Staerkung_Pflegekompetenz_LP_21.pdf (zuletzt abgerufen am 03.07.2025).

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
7.	Caritas	Die Anpassung der Formulierung in Absatz 1 wird von uns befürwortet. Mit der angepassten Formulierung wird klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Pflege(fach)kräften liegt. Es wird deutlich, dass es sich nicht um eine Delegation im Sinne der Delegation ärztlicher Leistungen mit einer fortbestehenden ärztlichen Durchführungsverantwortung handelt	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
8.	bad e. V.	Der vorgesehenen Änderung kann zugestimmt werden. Die Klarstellung ist aus diesseitiger Sicht nicht zwingend erforderlich, da das geänderte Vertragsarztrecht keine Auswirkungen auf die Auslegung der (zuvor bereits bestehenden) HKP-Richtlinien hat. Die Klarstellung ist jedoch unschädlich.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
9.	bpa e. V.	Der bpa begrüßt die Klarstellung, die unter anderem den hohen Grad an Eigenverantwortung im Rahmen der Durchführung behandlungspflegerischer Aufgaben verdeutlicht. Gleichwohl geben diese Bestrebungen Anlass zu prüfen, in wie weit schon jetzt und in Zukunft die pflegerische Tätigkeit im Bereich des SGB V wegen der Regelung der Vorbehaltsaufgaben nicht mehr unter dem Primat der ärztlichen Tätigkeit steht bzw. stehen sollte. Auch wenn es nicht Teil der HKP-Richtlinie ist, verdeutlicht diese Klarstellung die erhebliche Reichweite fachpflegerischen Handelns im Bereich der	Kenntnisnahme der Zustimmung Der G-BA besitzt keine Regelungskompetenz diesbezüglich; siehe aber Referentenentwurf vom 25.06.2025 zu einem Pflegekompetenzgesetz.2	Keine Änderung

2 Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG), abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE_Staerkung_Pflegekompetenz_LP_21.pdf (zuletzt abgerufen am 03.07.2025).

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		häuslichen Krankenpflege. Zwar ist unstreitig, dass derzeit noch die Behandlungspflege einer ärztlichen Ver- und auch Anordnung bedarf, unklar ist jedoch, in wie weit durch die Pflegefachkräfte gem. § 4 Abs. 2 PflBG die in der HKP-Richtlinie genannten Tätigkeiten bzw. Leistungen dann nicht nur selbstständig, sondern auch eigenverantwortlich im Sinne von allein verantwortlich zu erbringen sind. Angesichts der unterschiedlichen Komplexität der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie und der teilweise untrennbaren Zusammenhänge zum Pflegeprozessgeschehen muss davon ausgegangen werden, dass es künftig neben der ärztlichen Verordnung und Veranlassung von Leistungen gemäß der HKP-Richtlinie auch einer selbstständigen Einschätzung, Planung und Evaluation durch die durchführenden Pflegefachpersonen zwingend bedarf. Der Richtliniengeber sollte dies zum Anlass nehmen und den längst überfälligen Schritt einer Anpassung der Versorgungskompetenzen im Rahmen der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V nachvollziehen.		
10.	DHPV / BAG-SAPV	In § 2 Absatz (1) Nr. 1: statt „Pflegefachkräfte/Pflegekräfte“ „Pflegefachpersonen/Pflegekräfte“	Kenntnisnahme Der Begriff der „Pflegefachkraft“ soll laut aktuellem Referentenentwurf vom 25.06.2025 zu einem Pflegekompetenzgesetz ³ durch den Begriff „Pflegefachperson“ ersetzt werden. Die geplante	Keine Änderung

³ Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG), abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE_Staerkung_Pflegekompetenz_LP_21.pdf (zuletzt abgerufen am 03.07.2025).

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Mit der Regelung im § 27 SGB V wird ausgeführt, dass palliative Versorgung Bestandteil der Krankenbehandlung ist. Dies sollte in der HKP-RL durchgängig Berücksichtigung finden, z.B. 3. Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit <u>oder weit fortgeschrittener Krankheitsphase bzw. in der (Prä-)Finalphase</u>, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).	Änderung ist aber noch nicht in Kraft weshalb die Anpassung der Richtlinie noch zurückgestellt werden soll. Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Der Vorschlag bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	

Zu § 2a Krankenhausvermeidungspflege

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
11.	DHPV / BAG-SAPV	§ 2a Absatz (1) [...] 1. Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert <u>oder sich in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. (Prä-)Finalphase befindet.</u>	Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Der Vorschlag bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	Keine Änderung

Zu § 2c Unterstützungspflege

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
12.	DHPV / BAG-SAPV	§ 2c Absatz (1) [...] 1. eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, oder in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. (Prä-)Finalphase, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und	Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Der Vorschlag bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	Keine Änderung

Zu § 3 Absatz 1 (nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
13.	DHPV / BAG-SAPV	§ 3 Absatz (1) „(1) Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, im Fall der Verordnung von Leistungen nach Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses (psychiatrische häusliche Krankenpflege) nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Berufsgruppen. Bei Patient:innen in fortgeschrittenen Krankheitsphasen kann in Ausnahmefällen eine Verordnung auch durch ein SAPV-Team erfolgen. Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus richtet sich nach § 7 Absatz 5.“ Eine Kernleistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) besteht in der Koordination der Versorgung in besonders aufwändigen palliativen Versorgungssituationen. Merkmal ist ein aufwändiges Versorgungsgeschehen, welches durch ein komplexes Symptommgeschehen gekennzeichnet ist. Die übrigen Sozialleistungen, so auch die der HKP, bleiben von den Leistungen der SAPV unberührt.	Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Um die Patientensicherheit und krisenhafte Geschehen zu vermeiden, ist eine zeitnahe Behandlungsabstimmung und die Anpassung von Behandlungsmaßnahmen mit den Pflegefachpersonen der HKP unumgänglich. Aus diesem Grund sollte den SAPV-Teams die Möglichkeit gegeben werden, in besonderen Fällen bei Palliativpatient:innen HKP-Leistungen verordnen <i>[BAG-SAPV: bzw. delegieren]</i> zu können.		

Zu § 7 (nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
14.	DHPV / BAG-SAPV	§ 7 Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenhäusern und Pflegediensten Hier sollte die Zusammenarbeit mit SAPV-Teams ergänzt werden (s.o.)	Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	Keine Änderung

Zum Leistungsverzeichnis

Zu Nr. 3 Ernährung beinhaltet (...)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
15.	DHPV / BAG-SAPV	4. Spiegelstrich „ Lagern <u>Körperliche Positionswechsel</u> (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungs Hilfsmitteln)	Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Hier sollte der pflegerische Fachterminus aktualisiert werden (siehe auch 4.)	bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten. Siehe Würdigung unter laufender Nr. 10.	

Zu Nr. 6 Absaugen – Bronchialtoilette (Bronchiallavage)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
16.	Paritätischer	Das Streichen dieser Leistung ist nachvollziehbar, da diese im häuslichen, behandlungspflegerischen <u>Kontext der HKP</u> , praktisch nicht bzw. nicht mehr vorkommt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
17.	Diakonie	Die Streichung der Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird von der Diakonie Deutschland unterstützt. Die Streichung des Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
18.	Caritas	Die Streichung der Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird von uns befürwortet. Die Streichung des Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
19.	bad e. V.	Der vorgesehenen Streichung wird zugestimmt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Zu Nr. 14 Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
20.	Paritätischer	Eine ggf. tägliche digitale Ausräumung findet im aktuellen Expertenstandard Förderung der Kontinenz keine Berücksichtigung. Weder bei „neurogenen Darmfunktionsstörungen“ noch bei „Obstipationen, die nicht anders zu behandeln sind“. Eine digitale Enddarmausräumung als potentiell tägl. Leistung ist daher aus pflegefachlicher Sicht fragwürdig und muss überprüft werden.	Kenntnisnahme In Expertenstandards wird das pflegerische Handeln unabhängig vom Vorliegen einer Verordnung von HKP beschrieben. Dementsprechend ist die tägliche digitale Enddarmausräumung im Expertenstandard <i>Förderung der Kontinenz</i> nicht enthalten. Daher ist die Stellungnahme hier inhaltlich irrelevant.	Keine Änderung
21.	Diakonie	Die Änderungen/Ergänzungen werden von der Diakonie Deutschland unterstützt. Insbesondere die Anpassung der Häufigkeit von Maßnahmen des Darmmanagements in Form von Einlauf/Klistier/Klysma/digitaler Enddarmausräumung bei neurogenen Darmfunktionsstörungen auf bis zu 1x täglich ist sachgerecht. Die Änderung/Erweiterung der Leistung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
22.	Caritas	Die Änderungen/Ergänzungen werden von uns befürwortet. Wir befürworten insbesondere auch die Anpassung der Häufigkeit von Maßnahmen des Darmmanagements in Form von Einlauf/Klistier/Klysma/digitaler Enddarmausräumung bei neurogenen Darmfunktionsstörungen auf bis zu 1x täglich. Die Änderung/Erweiterung der Leistung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
23.	bad e. V.	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
24.	DHPV / BAG-SAPV	Spalte Bemerkungen [...] „Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist, <u>bei Obstipation in fortgeschrittenen Krankheitssituationen mit hoher Symptomlast.</u> Bei neurogenen Darmfunktionsstörungen als Maßnahme des Darmmanagements nach ärztlicher Indikation.“ Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist: Bei Patient*innen, die sich in einer in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. Terminalphase befinden, sind bestimmte Maßnahmen wie z.B. Ernährungsumstellungen oder auch die orale Gabe von Laxantien nicht immer möglich bzw. sinnvoll. Vor dem Hintergrund sollte für diese Patientengruppe eine Ergänzung eingefügt werden, die es erlaubt die Maßnahmen unter Punkt 14 ohne den Umweg über das Eskalationsschema zeitnah und in der erforderlichen Häufigkeit Maßnahmen unter Punkt 14 im Rahmen der HKP zu verordnen, um zeitnah und effektiv belastende Symptome zu lindern.	Kenntnisnahme Die Formulierung der Leistungsbeschreibung „bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist“ umfasst bereits die Konstellation im Ergänzungsvorschlag der Stellungnahme. Die vorgeschlagene Änderung ist daher nicht erforderlich.	Keine Änderung

Zu Nr. 16 Infusionen, i. v.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
25.	Paritätischer	Die Gabe von Vitaminen in der parenteralen Ernährung ist in einem weiteren Verfahren zu überprüfen. Die Risiken der Vitamingabe bei nichtfunktionalen intravenösen Zugängen, deren Anlage weiterhin in den ärztlichen Tätigkeitsbereich fallen, sind in der Durchführungsverantwortung von der PFK in der eigenen Häuslichkeit nicht kalkulierbar und könnten im ungünstigsten Fall zu schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen (irreparable Nekrosen) bei der versorgten Person führen.	Kenntnisnahme Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten wird jetzt eine Ergänzung der Leistungsziffer für erforderlich gehalten. Die Änderung stellt lediglich klar, dass auch Vitamine und Spurenelemente als Bestandteil der parenteralen Ernährung durch die Pflegefachkraft verabreicht werden können. Die Entscheidung darüber, ob diese verabreicht	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			werden, bleibt hingegen in ärztlicher Verantwortung, ebenso wie die Anlage des i.v. Zugangs.	
26.	bad e. V.	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt. Die hiermit vorgenommenen Klarstellungen werden befürwortet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
27.	DHPV / BAG-SAPV	Diese Ausführungen entsprechen nicht der Versorgungsrealität. In dieser wird bereits seit Jahren die intravenöse Verabreichung von Medikamenten von Pflegefachpersonen übernommen. Laut Rechtsprechung und Bundesmantelvertrag der Ärzt:innen ist dies eine delegierbare Maßnahme und wird regelmäßig von Pflegefachpersonen in KRH, Praxen, Ambulanzen und der SAPV durchgeführt. Nach HKP-Richtlinie dürfte dies in der AAPV dann nicht durchgeführt werden. Das bedeutet, dass unnötige Krankenhauseinweisungen allein dadurch ausgelöst werden können, inkl. der erforderlichen Krankentransporte und den Patient:innen die Möglichkeit genommen wird im häuslichen Versorgungsbereich verbleiben zu können, da die notwendige Grundlage fehlt, um dies im Rahmen der HKP zu delegieren. Dies gilt gleichermaßen für die Portpunktion. In der Versorgungspraxis wird dies regelhaft delegiert. Portpunktionen werden fast ausschließlich durch Pflegefachpersonen durchgeführt und sind delegationsfähig. Ausgenommen hiervon ist die Erstpunktion. Auch hier wird es Patient:innen in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und onkologischen Patient:innen zugemutet, allein wegen einer Intervention, die in der Durchführung nur wenige Minuten dauert, eine Praxis oder Ambulanz aufsuchen zu müssen. Auch im Rahmen einer Kosteneffizienz ist es nicht nachvollziehbar, warum dies nicht qualifizierte Pflegefachpersonen analog zum Bundesmantelvertrag der Ärzt:innen durchführen sollen dürfen.	Kenntnisnahme Die i.v. Medikamentengabe als solche ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten. Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		Die Palliativversorgung ist ein gutes Beispiel dafür, das Pflegefachpersonen im Sinne einer guten und schonenden Patient:innenversorgung im häuslichen Rahmen mehr leisten und verantworten können [<i>BAG-SAPV: und schont zudem Ressourcen (z.B. Wirtschaftlichkeit)</i>].		

Zu Nr. 24a (nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens)

[illegible]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<i>Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.“</i> Diese Leistung sollte on Top erfolgen. Alle behandlungspflegerischen Maßnahmen einzubeziehen, stellt ein unkalkulierbares Risiko für die Pflegedienste dar. Dies ist nach unserer Einschätzung der Grund, weshalb sich diese Leistung in der Versorgungspraxis kaum durchgesetzt hat. Dies ist aber notwendig, um die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) zu sichern und unnötige Kosten im Gesundheitswesen zu vermeiden. SAPV ist eine Teamleistung, die sowohl spezielle ärztliche, pflegerische und psychosoziale Leistungsanteile enthält. Die Formulierung „palliativpflegerische Teilversorgung“ ist entspricht nicht den Regelungen der SAPV und der Versorgungsrealität (siehe auch Rahmenvertrag nach §132d SGBV) und wäre daher zu streichen.		

Zu Nr. 26 Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)/[...] als Einreibungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
29.	DHPV / BAG-SAPV	26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) Die Verordnungsfähigkeit ist auf Patient:innen in der Terminalphase einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose zu erweitern. Zudem ist stärker zu betonen, dass das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten auch zeitlich unabhängig von dem Verabreichen erbracht werden kann. In der Terminalphase einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose kann eines oder mehrere der sonstigen aufgeführten Kriterien für eine Verordnungsfähigkeit vorhanden sein und damit zu einer Verordnungsfähigkeit führen. In der Terminalphase kann die individuelle Krankheitsverarbeitung jedoch die Compliance negativ beeinflussen. Zudem können das individuelle Krankheitsverstehen und/oder eine rasch fortschreitende palliative Krankheitsphase nicht kongruent mit den ärztlichen Feststellungen sein. Beides für sich oder auch	Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und bleibt daher gesonderten Beratungen vorbehalten.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		vergesellschaftet greifen stark in die Wirksamkeit der ärztlichen Therapie ein, so dass eine regelhafte Unterstützung bei der Einnahme notwendig sein kann, um die ärztliche Therapie insbesondere bei Palliativpatienten sicherzustellen. Zunehmenden sehen die vertraglichen Regelungen mit den Kostenträgern vor, dass geeignete Pflegekräfte die Medikamente verabreichen dürfen, jedoch das Richten der Medikamente durch Pflegefachpersonen vorzunehmen ist. In der Genehmigungspraxis ist das Richten der Medikamente mit dem Verabreichen in einem zeitlichen Zusammenhang zu erbringen, obgleich die Ressourcen für einen derartige Planungszusammenhang nicht mehr vorhanden sind. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass die Nr. 26 1. Richten von verordneten Medikamenten auch unabhängig von der Leistung Nr. 26 2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten genehmigungsfähig ist.		
30.	Paritätischer	Absatz 2 Einreibung bei Hauterkrankungen Es erschließt sich uns nicht, warum nur die Einreibung bei „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen“ erstattungsfähig sein soll und nicht auch die Einreibung bei chronischen Hauterkrankungen, die dermatologisch vom Hautarzt bestätigt und behandlungsbedürftig sind? Besonders betroffen sind hierbei pflegebedürftige Menschen mit eingeschränkter Mobilität, eingeschränkter Feinmotorik, kognitiven Defiziten oder Seheinschränkungen. Diese Personen sind nicht in der Lage, Medikamente sicher und sachgerecht selbst anzuwenden und benötigen fachlich qualifizierte Unterstützung durch die häusliche Krankenpflege. Eine Einschränkung auf akute dermatologische Erkrankungen berücksichtigt diese Versorgungsrealität nicht und führt zu einem erheblichen Risiko für eine medizinisch und pflegerisch unzureichende Versorgung. Zudem verlaufen viele chronisch dermatologische Erkrankungen in Schüben. Die Unterscheidung zwischen einem akuten und einem chronischen Zustand ist in der Versorgungspraxis häufig nicht trennscharf möglich. Eine solche Differenzierung ist daher weder aus fachlicher Sicht sinnvoll noch praktikabel. Die Verweigerung einer Medikamentengabe durch Pflegefachkräfte allein aufgrund der Einordnung als „chronisch“ birgt Risiken wie Therapieabbrüche, Fehlanwendungen oder gar eine	Kenntnisnahme Die Richtlinie schließt die Behandlungspflege bei chronischer Hauterkrankungen nicht aus. Die Leistungsziffer 26.2 gilt gleichwohl bei akuter Erkrankung oder Exazerbation von chronischen Erkrankungen.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		stationäre Einweisung, was wiederum dem Grundsatz der Vermeidung stationärer Krankenhausbehandlung entgegensteht. Darüber hinaus sieht § 37 SGB V vor, dass häusliche Krankenpflege dann zu gewährleisten ist, wenn sie erforderlich ist, um eine ärztliche Behandlung zu sichern oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Dieser Anspruch gilt unabhängig davon, ob die Grunderkrankung als akut oder chronisch einzustufen ist. Eine Beschränkung auf akute dermatologische Erkrankungen steht somit auch im Widerspruch zum gesetzlichen Leistungsanspruch und zur Gleichbehandlung pflegebedürftiger Menschen. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist es fachlich und sozialrechtlich geboten, diese Leistung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auf chronisch dermatologische Erkrankungen auszuweiten. Nur so kann eine adäquate, sichere und dem Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung entsprechende Betreuung dieser Patientengruppe sichergestellt werden.		
31.	AWO	Bezüglich der Verordnung von Einreibungen bei Hauterkrankungen weisen wir nachfolgend darauf hin, dass diese VO auch bei chronischen Hauterkrankungen aus unserer Sicht in den Katalog verordnungsfähiger Leistungen mit aufgenommen werden sollte. Es erschließt sich uns nicht, warum die Einreibung bei „akut behandlungsbedürftigen Zuständen dermatologischer Erkrankungen“ erstattungsfähig ist, nicht jedoch bei chronischen Hauterkrankungen! Personen, die nicht in der Lage sind, Medikamente sicher und sachgerecht selbst anzuwenden, benötigen fachlich qualifizierte Unterstützung durch die häusliche Krankenpflege. Bei einer chronischen Hauterkrankung bei pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Mobilität, eingeschränkter Feinmotorik, kognitiven Defiziten oder Seheinschränkungen, kann dieser behandlungspflegerische Unterstützungsbedarf vorliegen. Eine Einschränkung auf <u>akute</u> dermatologische Erkrankungen berücksichtigt die Versorgungsrealität nicht. Chronisch dermatologische Erkrankungen verlaufen häufig in Schüben. Die Unterscheidung zwischen einem akuten und einem chronischen Zustand ist in der	Kenntnisnahme Siehe Würdigung unter laufender Nr. 30	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Versorgungspraxis oft nicht trennscharf möglich. Eine solche Differenzierung ist daher weder aus fachlicher Sicht sinnvoll noch praktikabel. Die Verweigerung einer Medikamentengabe durch Pflegefachkräfte allein aufgrund der Einordnung als „chronisch“ birgt Risiken wie Therapieabbrüche, Fehlanwendungen oder gar eine stationäre Einweisung, was wiederum dem Grundsatz der Vermeidung stationärer Krankenhausbehandlung entgegensteht. Darüber hinaus sieht § 37 SGB V vor, dass häusliche Krankenpflege dann zu gewähren ist, wenn sie erforderlich ist, um eine ärztliche Behandlung zu sichern oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Dieser Anspruch gilt unabhängig davon, ob die Grunderkrankung als akut oder chronisch einzustufen ist. Eine Beschränkung auf akute dermatologische Erkrankungen steht somit auch im Widerspruch zum gesetzlichen Leistungsanspruch und zur Gleichbehandlung pflegebedürftiger Menschen. Es ist daher fachlich und sozialrechtlich geboten, die Leistung der Einreibung bei Hauterkrankungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auf chronisch dermatologische Erkrankungen auszuweiten. Nur so kann eine adäquate, sichere und dem Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung entsprechende Betreuung dieser Patientengruppe sichergestellt werden.		
32.	Diakonie	Die Änderung in der Leistungsbeschreibung unter Spiegelstrich 3 von „akuten dermatologischen Erkrankungen“ in „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen“ ist sachgerecht. Die Änderung der Leistungsbeschreibung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
33.	Caritas	Die Änderung in der Leistungsbeschreibung unter Spiegelstrich 3 von „akuten dermatologischen Erkrankungen“ in „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen“ ist sachgerecht. Die Änderung der Leistungsbeschreibung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
34.	bad e. V.	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt. Die Klarstellung des Leistungsanspruchs wird befürwortet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Zu Nr. 32 (POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
35.	Paritätischer	Es erschließt sich (auch aus der Begründung) nicht, weshalb die Ablesung der INR-Messwerte in den Katalog der HKP-Leistungen aufgenommen werden soll. Bei dieser Leistung handelt es sich um Dokumentation für ärztliche Verantwortungsbereiche/Tätigkeiten zu Lasten von Pflegefachkräften, ohne Einwirkungsmöglichkeit. Bitte streichen - zu Gunsten der Profession „Pflege“.	Kenntnisnahme Es geht nicht nur um die Dokumentation, sondern um die Ermittlung und Bewertung des Gerinnungswertes. Daher ist die Aufnahme der Leistung für die beschriebenen Fälle sinnvoll.	Keine Änderung
36.	Diakonie	Die Aufnahme der Leistungsnummer 32 in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL ist sachgerecht und wird von der Diakonie Deutschland unterstützt. In den Tragenden Gründen wird die Aufnahme der neuen Leistungsnummer 32 inkl. Leistungsbeschreibung und den Angaben zur Verordnungsfähigkeit unter „Bemerkungen“ nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
37.	BVKH	Ergänzungsvorschlag: „[...]“ Bei den Patientinnen und Patienten liegt eine – so hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit vor, dass es ihnen unmöglich ist, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – so erhebliche Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten vor, dass sie die Messung nicht selbst vornehmen oder das Messergebnis nicht selbst ablesen können oder – so starke Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit vor, dass sie zu schwach sind, um die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust vor, so dass sie nicht in der Lage sind, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen- <u>oder</u> – liegt eine <u>Minderjährigkeit vor (Kinder und Jugendliche ohne die oben genannten Einschränkungen)</u>“ Begründung: Kinder und Jugendliche mit angeborenen Fehlbildungen oder anderen lebenslimitierenden Erkrankungen benötigen z.B. wegen einer kardialen Einschränkung oder einer begleitenden, komplexen Gerinnungsstörung (z.B. Thrombophilie) eine Bestimmung des INR-Wertes.	Kenntnisnahme Bei der Aufzählung in der Bemerkungsspalte zu der neuen Ziffer 32 geht es nicht um Indikationen, sondern um grundsätzliche Voraussetzungen, unter denen die Leistung verordnet werden kann. Diese Voraussetzungen gelten auch bei Kindern und Jugendlichen. Eine Ergänzung ist nicht erforderlich.	Keine Änderung
38.	Caritas	Die Aufnahme der Leistungsnummer 32 in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL ist aus unserer Sicht sachgerecht und wird befürwortet. Die Aufnahme der neuen Leistungsnummer 32 inkl. Leistungsbeschreibung und den Angaben zur Verordnungsfähigkeit unter „Bemerkungen“ wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
39.	bad e. V.	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Tragende Gründe (Hinweis: nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
40.	DHPV / BAG-SAPV	Tragende Gründe: Zu 2.4: Streichung „Bronchiallavage“ Die Richtlinie sollte die <u>aktuelle Berufsbezeichnung</u> des Pflegeberufes aufgreifen: „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson Zu 2.8: (Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie): Die Verordnungsvoraussetzung, dass ausschließlich Patient*innen ein Koagulometer erhalten dürfen, wenn sie eine Schulung durchlaufen haben, <u>geht an der Versorgungspraxis vorbei</u>. Gerade auch hochaltrige oder immobile Patient*innen, die ggf. aufwändig transportiert werden müssten, würden durch Messungen in der gewohnten häuslichen Umgebung profitieren. Wenn Pflegefachpersonen vor Ort Messungen durchführen und die Werte an den die HKP verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin übermitteln, würde dies den Aufwand für diese Patient*innen reduzieren und Kosten durch vermeidbare und belastende Transporte reduzieren. Zu 2.9 „Redaktionelle Anpassungen“: Als redaktionelle Anpassung werden im Richtlinienentwurf die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt <u>sowie die Bezeichnung Pflegefachkraft durch die aktuelle Berufsbezeichnung des Pflegeberufes „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson ersetzt.</u>	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Siehe Würdigung unter laufender Nr. 10	Keine Änderung

B-7 Mündliche Stellungnahmen

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 16. September 2025 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 16. September 2025 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	Steven Kranz	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	nein
	Michael Nehls	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	nein
Bundesverband Kinderhospiz e.V. (BVKH)	Franziska Kopitzsch	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Christian Wiedemann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	nein
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Michaela Hach	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 16. September 2025 ist in Kapitel C-1.5 abgebildet.

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C-4) abgebildet.

C Anlagen

C-1 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-1.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

C-1.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

C-1.3 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext

C-1.4 Schriftliche Stellungnahmen (Volltexte)

C-1.5 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren

C-2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (wird nach Prüfung eingefügt)

C-3 Beschluss (BAnz AT) (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)

C-4 Tragende Gründe (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:

Überprüfung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, bei-
spielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und
der Bronchiallavage

Vom TT. Monat 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2025 beschlos-
sen, die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der Fassung 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a
vom 9. Februar 2010), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom
19. Januar 2023 (BAnz AT 10.03.2023 B4) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 2 Satz 2 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
2. § 1a wird gestrichen.
3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In den Absätzen 1, 2 und 3 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Nummer 1 (neu) wird die Angabe „die üblicherweise“ durch die An-
gabe „deren Durchführung“ sowie die Angabe „delegiert werden können“ durch
die Angabe „übertragen werden kann“ ersetzt.
4. In § 2a Absatz 1 Satz 2 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
5. In § 2c Absatz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
6. In § 3 Absatz 2 Satz 2 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
7. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „Spiegelstrichen“ durch die Angabe „Num-
mern“ ersetzt.
 - b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern und die Aufzäh-
lungspunkte durch Buchstaben ersetzt.
 - c) In Absatz 10 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.
8. In § 5a Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „dritter Spiegelstrich“ durch die Angabe
„Nummer 3“ ersetzt.
9. § 9 wird gestrichen.

10. Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird wie folgt geändert:

- a) In Nr. 6 werden die Angabe „- Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“, die Angabe „- Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen und Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.“ sowie die Angabe „Nein“ gestrichen.
- b) Nr. 14 wird durch die folgende Nr. 14 ersetzt:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefach- kraft möglich? ja/nein
14	Einlauf / Klistier / Klysma / digitale End- darmausräumung	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig; Ausnahme: bei Tumorleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen.	Einlauf / Klistier / Klysma bis zu 2 x wöchentlich	ja
		Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung	
		Bei neurogenen Darmfunktionsstörungen als Maßnahme des Darmmanagements nach ärztlicher Indikation.	Einläufe / Klistiere / Klysma / digitale Enddarmausräumun- gen bis zu 1x täglich	

- c) In Nr. 16 wird in der Spalte „Bemerkung“ nach der Angabe „Krankenpflege.“ ein Absatz eingefügt und die Angabe „Hiervon abweichend können die alleinige Flüssigkeitssubstitution und die alleinige parenterale Ernährung, gegebenenfalls inklusive der bedarfsabhängigen Zugabe von Vitaminen und Spurenelementen, Leistungen der häuslichen Krankenpflege sein.“ eingefügt.
- d) In Nr. 26 wird in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ unter 2. „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten“ unter dem Spiegelstrich „über die Haut und Schleimhaut,“ im Unterspiegelstrich „als Einreibungen“ die Angabe „akuten dermatologischen Erkrankungen“ durch die Angabe „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen,“ ersetzt.
- e) Nach der Nr. 31d wird folgende Zeile 32 eingefügt:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
32	(POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie Ermittlung und Bewertung des Gerinnungswertes mittels eines vorhandenen Blutgerinnungs-Messgerätes (Koagulometer) bei Versicherten, bei denen eine Gerinnungskontrolle in der Häuslichkeit erforderlich ist	Die Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten: – die die Voraussetzungen zur Versorgung mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmeßgerät (Koagulometer) entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllt haben, – mit einem solchen Gerät ausgestattet sind und – bei denen die initial vorhandene Fähigkeit zur INR-Selbstmessung aus den nachstehend genannten Gründen nicht mehr besteht: Bei den Patientinnen und Patienten liegt eine – so hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit vor, dass es ihnen unmöglich ist, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – so erhebliche Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten vor, dass sie die Messung nicht selbst vornehmen oder das Messergebnis nicht selbst ablesen können oder – so starke Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit vor, dass sie zu schwach sind, um die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust vor, so dass sie nicht in der Lage sind, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Die Häufigkeit der INR-Messung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes.	Bis zu 1-mal wöchentlich	nein

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses: Überprüfung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Streichung des § 1a Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege	2
2.2	Zu § 2 Absatz 1 (Behandlungspflege)	3
2.3	Streichung des § 9 Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie.....	3
2.4	Zur Leistungsnummer 6 „Absaugen“: Streichung „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“	4
2.5	Zur Leistungsnummer 14 „Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung“	4
2.6	Zur Leistungsnummer 16 „Infusionen i. v.“ (Flüssigkeitssubstitution/parenteraler Ernährung)	6
2.7	Änderung in der Leistungsnummer 26.2 „Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten über die Haut und Schleimhaut, als Einreibungen“	6
2.8	Zur Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie	6
2.9	Redaktionelle Anpassungen.....	8
3.	Würdigung der Stellungnahmen	8
4.	Bürokratiekostenermittlung	8
5.	Verfahrensablauf	8

1. Rechtsgrundlage

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Änderungen beruhen auf verschiedenen Hinweisen aus der Versorgung, unter anderem von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie von Stellungnahmeberechtigten im Rahmen früherer Stellungnahmeverfahren zur HKP-RL. Darüber hinaus werden unterschiedliche Folgeänderungen sowie redaktionelle Anpassungen des Richtlinien textes vorgenommen.

2.1 Streichung des § 1a Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020, welches mit Ausnahme von Artikel 2 am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 48), wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt (vgl. BT-Drs. 19/19368, S. 2).

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V i. V. m. der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) ersetzte damit den bisherigen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V i. V. m. der HKP-RL.

Der Gesetzgeber hatte eine mehrjährige Übergangszeit vorgesehen, da zunächst die erforderlichen Umsetzungsschritte (nach der AKI-Richtlinie des G-BA auch Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V und Abschluss von Versorgungsverträgen gemäß § 132l Absatz 5 SGB V) zu erfolgen hatten, so dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege bis zum 30. Oktober 2023 bestehen blieb. Die Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege wurde mit Beschluss vom 19. November 2021 mit § 1a in die HKP-RL aufgenommen.

Mit dem Inkrafttreten des Artikel 2 des GKV-IPReG am 30. Oktober 2023 haben Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der HKP-RL am 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit verloren. Damit ist die Rechtsgrundlage der Übergangsregelung entfallen, wodurch § 1a der HKP-RL gestrichen werden kann.

2.2 Zu § 2 Absatz 1 (Behandlungspflege)

Der Begriff der „Delegation“ wurde im Vertragsarztrecht inhaltlich angepasst. Die bisherige in der HKP-Richtlinie seit dem Jahr 2000 Verwendung findende Formulierung ließ daher hinsichtlich der Verantwortung für die Durchführung der Maßnahmen Interpretationsspielraum. Konkret wäre also unklar, ob es sich um eine delegationsfähige Leistung im Sinne des Vertragsarztrechts handelt, für die die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt die Durchführungsverantwortung trägt, oder ob die Verantwortung bei den Pflegekräften/Pflegefachkräften liegt.

Durch die angepasste Formulierung wird klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Pflege(fach)kräften liegt. Damit wird deutlich, dass es sich nicht um eine Delegation im Sinne der Delegation ärztlicher Leistungen mit einer fortbestehenden ärztlichen Durchführungsverantwortung handelt, sondern um die Übertragung von Aufgaben, deren Durchführung und Verantwortung in die Zuständigkeit der Pflege(fach)kräfte fallen.

Diese Änderung dient ausschließlich der Klarstellung der bestehenden Rechtslage und hat keine Auswirkungen auf die bisherige Durchführungsverantwortung. Auch hinsichtlich der Beurteilung, welche Maßnahmen der ärztlichen Behandlung unter den Begriff der Behandlungspflege fallen, bleibt es dabei, dass diese dem Grunde nach delegationsfähig sein müssen.

Durch die Anpassung wird somit die Eindeutigkeit der Regelung erhöht, ohne die bisherigen Zuständigkeiten oder Verantwortlichkeiten zu verändern.

2.3 Streichung des § 9 Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie

Zu Absatz 1

In den ersten Monaten des Jahres 2023 sind die letzten landes- und bundesweiten Corona-Schutzmaßnahmen ausgelaufen (siehe beispielsweise § 28b Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder auch eine Vielzahl an Corona-Verordnungen¹). Aufgrund des Endes der COVID 19-Epidemie ist mit weiterem epidemischen Ausbruchgeschehen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus, auf welche der G-BA nach § 9 Absatz 2a Geschäftsordnung des G-BA rasch mit Ausnahmen von Richtlinienregelungen reagieren müsste, nicht mehr zu rechnen. Daher wird die Regelung des § 9 Absatz 1 gestrichen.

Zu Absatz 2

Die Regelung des § 1 Absatz 2 Satz 2 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 20. April 2020, zuletzt geändert durch Artikel 8a des Gesetzes vom 16. September 2022,² ist am 7. April 2023 außer Kraft getreten.³ Damit ist die Rechtsgrundlage dieser Regelung entfallen, sodass auch Absatz 2 des § 9 gestrichen werden kann.

¹ Siehe beispielsweise Niedersächsische Corona-Verordnung, Corona-Schutzverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen oder auch Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg.

² SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 20. April 2020 (BAnz AT 21.04.2020 V1), zuletzt geändert durch Artikel 8a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454).

³ Siehe § 9 Absatz 1 dieser Verordnung in der Fassung des d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a V v. 22.5.2022 (BAnz AT 30.05.2022 V1 u. d. Art. 8a V v. 16.9.2022 I 1452).

2.4 Zur Leistungsnummer 6 „Absaugen“: Streichung „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“

Die Streichung des Unterabschnitts „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ in Nummer 6 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist zurückzuführen auf einen Hinweis im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu der am 21. Juli 2022 vom G-BA beschlossenen Änderung der HKP-Richtlinie „Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen“. Sie ist wie folgt zu begründen: Die Bronchialtoilette durch eine Pflegefachkraft erfolgt durch Absaugung des Bronchialschleims mit einem geeigneten Trachealkatheter über den Tubus oder das Tracheostoma und ist von der Maßnahme „Absaugen“ bereits umfasst, sodass eine gesonderte Darstellung der Bronchialtoilette nicht erforderlich ist.

Die Bronchiallavage wird mittels Bronchoskop durchgeführt und ist eine risikobehaftete Maßnahme. Sie ist daher eine ärztliche Leistung, die nicht an Pflegefachkräfte übertragbar ist. Zudem handelt es sich um einen Eingriff, der unter Gewährleistung einer adäquaten Schmerzmedikation durchzuführen ist. Daher war unter Nr. 6 (dritter u. vierter Spiegelstrich) die Leistungsbeschreibung zu streichen. Auswirkungen auf die Versorgung in Folge dieser Streichung sind nicht zu erwarten.

2.5 Zur Leistungsnummer 14 „Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung“

Der G-BA hat im Rahmen seiner Überprüfungspflicht gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung (VerfO) festgestellt, dass die Ausführungen zu der Leistungsnummer 14 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL zu „Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung“ einer Anpassung bedarf

Das Leistungsverzeichnis sieht die „digitale Enddarmausräumung“ bei der Leistungsnummer 14 für „(...) bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist“ (siehe Spalte „Leistungsbeschreibung“) als „einmalige Leistung“ (siehe Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“) vor. Dies bleibt unverändert und wird lediglich aus Gründen der Klarstellung in die Spalte „Bemerkung“ verschoben.

Die „digitale Enddarmausräumung“ erfolgt in der Regel, wenn Kotsteine im Rahmen einer persistierenden Obstipation entfernt werden müssen. Sie kommt in aller Regel erst dann zur Anwendung, wenn andere Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben.⁴

Änderungen in der Spalte „Bemerkungen“

Die „digitale Enddarmausräumung“ kann im Rahmen des Darmmanagements bei Personen mit einer neurogenen Darmfunktionsstörung als Maßnahme des Darmmanagements notwendig werden. Bei einer neurogenen Darmfunktionsstörung ist die willkürliche Steuerung, den Stuhl sicher zu speichern und zu entleeren, gestört bzw. nicht mehr vorhanden. Dies kann insbesondere bei Personen mit einer Querschnittslähmung der Fall sein.⁵

⁴ Dubb R, Kaltwasser A, Rothaug O (2017): Stuhlmanagement, ein komplexer Prozess. In: Die Schwester Der Pfleger, 4 2017, Seiten 40-43.

⁵ Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (DMGP) (2019): Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittslähmung. Leitlinie, Entwicklungsstufe S2k, AWMF-Register-Nr. 179-004.

Bei diesen Personen kann mit einem individuellen Darmmanagement eine sekundäre Stuhlkontinenz erreicht werden. Eine ein- bis zweitägige Darmentleerung möglichst zu einer gleichen Tageszeit und möglichst nach einer Mahlzeit wird dabei angestrebt.⁶

Im Rahmen des individuellen langfristigen Darmmanagements kommen im Rahmen einer Therapie-Eskalationspyramide zunächst Anpassungen der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Life-Style-Veränderungen und abführende und konstipierende Medikamente zum Einsatz. Auf der nächsten Eskalationsstufe kommt u.a. die digitale Enddarmausräumung zum Tragen. Die digitale Enddarmausräumung kann dabei alleinig oder in Kombination mit anderen Maßnahmen erforderlich sein⁷, wenn keine andere Maßnahme eine adäquate Wirkung zeigt.

Die digitale Enddarmausräumung soll bei Personen mit einer neurogenen Darmfunktionsstörung durch den Betroffenen selbst, durch Angehörige oder durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung erfolgen. Für eine rechtssichere Umsetzung der digitalen Enddarmausräumung durch Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung sollte diese auf der Grundlage eines ärztlichen Behandlungsplanes bzw. einer Absprache mit einer Ärztin oder einem Arzt erfolgen⁸.

Änderungen in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“

Um den besonderen Anforderungen von Personen mit einer neurogenen Darmfunktionsstörung gerecht zu werden, wird die Leistungsziffer 14 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL dahingehend angepasst, dass bei diesem Personenkreis die vorgesehenen Leistungen bis zu 1x täglich verordnet werden können und damit auch häufiger als „bis zu zweimal wöchentlich“ („Einläufe / Klistiere / Klysma“) bzw. „einmalig“ („digitale Enddarmausräumung“).

In Folge der Verschiebung der „digitalen Enddarmausräumung“ „(...) bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist“ in die Spalte „Bemerkung“ wird die Angabe zu Dauer und Häufigkeit der Maßnahme zur Klarstellung eine Zeile nach unten verschoben.

Bemerkung:

Zu beachten ist, dass durch eine Manipulation, wie der digitalen Enddarmausräumung als Komplikation eine autonome Dysreflexie (anfallsweiser Blutdruckanstieg gefolgt von einer Bradykardie in Verbindung mit wahrnehmbaren Symptomen wie klopfenden Kopfschmerzen, vermehrtes Schwitzen, „Flush“ und Gänsehaut) als potentiell lebensbedrohliches Ereignis, insbesondere bei kompletten Rückenmarksschädigungen oberhalb des Thorax-Wirbels 6 auftreten kann⁹.

⁶ Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (DMGP) (2019): Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung. Leitlinie, Entwicklungsstufe S2k, AWMF-Register-Nr. 179-004.

⁷ Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (DMGP) (2019): Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung. Leitlinie, Entwicklungsstufe S2k, AWMF-Register-Nr. 179-004 -Abb. 2, Tab. 7, Anlage 11.5

⁸ Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (DMGP) (2019): Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung. Leitlinie, Entwicklungsstufe S2k, AWMF-Register-Nr. 179-004. Böhme H (2017): Wer darf digital ausräumen? Die Schwester Der Pfleger, 11 2017, Seite 80.

Böhme H (2018): Effektive Maßnahme – trotzdem Straftatbestand? Die Schwester der Pfleger, 1 2018, Seite 8.

⁹ Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (DMGP) (2019): Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung. Leitlinie, Entwicklungsstufe S2k, AWMF-Register-Nr. 179-004.

2.6 Zur Leistungsnummer 16 „Infusionen i. v.“ (Flüssigkeitssubstitution/parenteraler Ernährung)

Die Leistungsnummer 16 regelt, dass Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte das Wechseln und das erneute Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges als Leistung der Häuslichen Krankenpflege verordnen können.

In der Bemerkungsspalte ist einschränkend geregelt, dass die intravenöse Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind. Diese Einschränkung könnte so verstanden werden, dass die Flüssigkeitssubstitution (z. B. Glucoselösungen oder isotonische Kochsalzlösungen) sowie die parenterale Ernährung, gegebenenfalls inklusive der bedarfsabhängigen Zugabe von Vitaminen und Spurenelementen, unter die intravenöse Medikamentengabe fallen und damit nicht verordnungsfähig und somit nicht durch einen Pflegedienst erbringbar wären. Mit der nun eingepflegten Änderung wird abschließend klargestellt, dass in konkreten Situationen von der Einschränkung abgewichen werden kann.

Die Änderung stellt zudem klar, dass auch Vitamine und Spurenelemente als Bestandteil der parenteralen Ernährung durch die Pflegefachkraft verabreicht werden können. Diese sind aus Gründen der Haltbarkeit in den Lösungen zur parenteralen Ernährung zumeist nicht enthalten und werden dem Substrat in der Regel erst kurz vor der Applikation zugefügt. Dagegen beinhaltet das Mittel zur parenteralen Ernährung bereits Elektrolyte, weshalb diese nicht gesondert von Pflegefachkräften hinzugesetzt werden dürfen.

2.7 Änderung in der Leistungsnummer 26.2 „Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten über die Haut und Schleimhaut, als Einreibungen“

Die Anpassung in der Leistungsziffer 26 bezüglich der Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten im Punkt Einreibungen wurde erforderlich, um klarzustellen, dass es für die Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten im Rahmen der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege darauf ankommt, ob der Zustand der bestehenden dermatologischen Erkrankung eine akute Behandlungsbedürftigkeit bedingt. Es kommt vielmehr nicht darauf an, dass die Erkrankung nur akut auftreten kann. Voraussetzung ist weiterhin, dass die zu verabreichenden Medikamente ärztlich verschrieben wurden und nur für die ärztlich verschriebenen Zeiträume eine Verabreichung erfolgt.

Weitergehende Änderungen insbesondere zum Verhältnis von Grund- und Behandlungspflege im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege sind damit nicht verbunden.

2.8 Zur Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie

In Nummer „32“ im Leistungsverzeichnis der HKP-RL wird die Leistung der (POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie (Vitamin-K-Antagonisten Therapie) eingefügt.

Die Abkürzung „INR“ steht für International Normalized Ratio. Der INR ist ein Wert für die Gerinnungsdauer des Blutes. Er wird regelmäßig bei Menschen gemessen, die bestimmte Medikamente zur Gerinnungshemmung einnehmen.

Vitamin-K-Antagonisten sind eine Gruppe von Blutverdünnern, die insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit mechanischem Herzklappenersatz, hereditären (angeborenen) Faktor-V-Leiden mit aufgetretener Thrombose und dem Antiphospholipidsyndrom zur Anwendung kommen.

Unter der Vitamin-K-Antagonisten Therapie ist eine regelmäßige Kontrolle der Gerinnung erforderlich. In der Regel erfolgt die INR-Bestimmung im Rahmen der Therapie alle 4-6 Wochen in der Arztpraxis.

Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes sieht unter anderem in der Produktgruppe „Messgeräte für Körperzustände/-funktionen“ vollautomatische Blutgerinnungsmessgeräte vor. Mobile vollautomatisierte Blutgerinnungsmessgeräte, die im Rahmen der Antikoagulantientherapie zum Gerinnungs-Selbstmanagement genutzt werden, messen in Kapillarblutproben die partielle Thromboplastinzeit. Bei dieser Messmethode wird ein Tropfen Blut in Kontakt mit speziellen Sensorstreifen oder Testkassetten gebracht und in das Messgerät eingeführt. Die ermittelten Messwerte werden als sogenannter INR- oder PT-Wert auf einem Display ausgegeben.

Durchführen der Maßnahmen:

Die Messung wird durch einen Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 SGB V und durch die dort eingesetzten Pflegefachpersonen erbracht. Die Durchführung der Messmethode setzt voraus, dass die eingesetzten Pflegefachpersonen in der Anwendung der Messgeräte eingewiesen sind. Der Messwert kann mit dem vom Arzt vorgegeben Zielwerten verglichen und die Therapie in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gegebenenfalls angepasst werden.

Verordnungsvoraussetzungen:

Die Patientinnen und Patienten müssen mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmessgerät versorgt worden sein und dafür die im Hilfsmittelverzeichnis beschriebenen Voraussetzungen, insbesondere die hohen Anforderungen an die persönliche Eignung zur Anwendung des Hilfsmittels erfüllt haben. Insbesondere haben die Patientinnen und Patienten vor der Zurverfügungstellung eines Koagulometers eine erfolgreiche Teilnahme an einer standardisierten Schulung zur Blutergerinnungs-Selbstkontrolle nachgewiesen. Weiterhin ist auch eine Zusage eines geeigneten weiterbehandelnden Arztes (Hausarzt, Kardiologe, Klinikambulanz) notwendig, um eine adäquate medizinische Betreuung sicherzustellen und die Vereinbarung des Versicherten mit dem behandelnden Arzt, dass die notwendigen Aufzeichnungen (Patiententagebuch mit Messwertprotokoll) geführt werden und dem behandelnden Arzt vorzulegen sind, dass - wenn erforderlich – Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden und dass bei Auftreten von wesentlichen Veränderungen sofort Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufgenommen wird (Modifikation der Therapie/Dosierung). Die Leistungen der HKP können nicht die Erfüllung der Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses ersetzen.

An diese Voraussetzungen knüpft die neue Leistungsziffer 32 an. Patienten, die initial die im Hilfsmittelverzeichnis genannten Voraussetzungen erfüllt haben, mit einem Koagulometer ausgestattet sind, die Messung aber aus den in der Bemerkungsspalte genannten Gründen nicht mehr selbst durchführen können, haben Anspruch auf diese Maßnahme.

In der Bemerkungsspalte wurden die Verordnungsvoraussetzungen konkretisiert.

Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

Bei Patientinnen und Patienten, die die INR-Messung im Selbstmanagement („Patient-Self-Management“ [PSM]) durchgeführt haben, zeigte sich, dass eine einmal wöchentliche Messung des INR-Wertes eine optimale Einstellungsqualität ermöglicht. Belege, dass noch kürzere routinemäßige Testintervalle, etwa mehrmals wöchentliche Testungen, die

Einstellungsqualität weiter verbessern, fehlen. Die wöchentliche Testung erlaubt es, Schwankungen der INR-Werte frühzeitig zu erkennen und diesen Schwankungen ggf. mit einer Medikamentenanpassung zu begegnen, bevor Komplikationen auftreten. Die wöchentliche INR-Kontrolle ist somit Standard im Selbstmanagement der oralen Antikoagulation mit Kumarinderivaten (PSM)¹⁰. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-RL verwiesen.

Die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme richtet sich nach dem ärztlichen Behandlungsplan. Dieser umfasst auch die Festlegung von Dauer und der Frequenz, weshalb für eine eigenständige davon abweichende Entscheidung der Pflegefachperson kein Entscheidungsspielraum besteht.

2.9 Redaktionelle Anpassungen

Als redaktionelle Anpassung werden im Richtlinienentwurf die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
19.09.2024	Plenum	Beschluss zur Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 Verfo
03.06.2025	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der HKP-RL
TT.MM.2023	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
TT.MM.2024	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HKP-RL

Berlin, den T. Monat JJJJ

¹⁰ <https://die-gerinnung.de/gerinnungs-selbstbestimmung/haeufigkeit-von-inr-kontrollen-unter-medikation-mit-kumarinderivaten>, abgerufen am 02.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

§ 1 Grundlagen

(1) ¹Diese Richtlinie regelt die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der in § 3 Absatz 1 Satz 2 näher bezeichneten Verordnerinnen oder Verordner mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. ²Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. ³Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein. ⁴Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten (siehe Absatz 5) sowie die besonderen Belange kranker Kinder und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen. ⁵So kann z. B. die Verordnung eines teuren Arznei-, Verband- oder Hilfsmittels wirtschaftlich sein, wenn der finanzielle Aufwand für diese Maßnahmen bei gleicher Wirksamkeit geringer ist als der für die sonst notwendigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

(1a) Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) ¹Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der oder des Versicherten oder ihrer oder seiner Familie erbracht. ²Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

1. die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und
2. für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung),

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. ³Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein. ⁴Ein Anspruch besteht auch für Versicherte, die nicht nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, während ihres Aufenthaltes in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege notwendig ist sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (siehe auch Absatz 6).

(...)

~~§ 1a – Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege~~

~~¹Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, bei denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbarer intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im Sinne des § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist, sollen ab dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erfolgen. ²Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege Richtlinie verlieren ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit~~

§ 2 Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege

(1) Die häusliche Krankenpflege beinhaltet

1. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und **deren Durchführung die üblicherweise** an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte **delegiert übertragen** werden **kann können** (Behandlungspflege), [...]

2. Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
 3. Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung).
- (2) Ziele der Verordnung häuslicher Krankenpflege sind
1. der oder dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in ihren oder seinen häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) oder
 2. ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege),
 3. Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).
- (3) Häusliche Krankenpflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist,
1. bei Krankenhausvermeidungspflege die Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung,
 2. bei Sicherungspflege die notwendige Behandlungspflege sowie, sofern die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht, die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und
 3. bei Unterstützungspflege die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.
- (...)

§ 2a Krankenhausvermeidungspflege

(1) ¹Die Verordnung als Krankenhausvermeidungspflege ist nur zulässig, wenn die oder der Versicherte wegen einer Krankheit der von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlung bedarf und diese Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. ²Sie kann verordnet werden, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. Krankenhausbehandlung geboten aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert.
 2. Dadurch Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann.
 3. Dadurch Krankenhausbehandlung verkürzt wird (vgl. § 7 Absatz 5).
- (2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden.

§ 2c Unterstützungspflege

(1) Häusliche Krankenpflege als Unterstützungspflege ist Bestandteil des von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten ärztlichen Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn

1. eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und
2. die dadurch resultierenden krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen in einem Maß vorliegen, dass die oder der Versicherte sich nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann und
3. der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nur für einen voraussichtlich vorübergehenden Zeitraum vorliegt und
4. keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt.

(...)

§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

(...)

(2) ¹Die Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung häuslicher Krankenpflege). ²Auf dem Verordnungsvordruck ist insbesondere

1. die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege,
2. die zu erbringenden Leistungen sowie
3. deren Beginn, Häufigkeit und Dauer

anzugeben.

(...)

§ 4 Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

(...)

(6) ¹Folgende Berufsgruppen dürfen Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen:

1. Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,
2. Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,
3. Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
4. Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
5. Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)
6. Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut,
7. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs),
8. Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.

²Die in den **Spiegelstrichen Nummern** 6 und 7 genannten Berufsgruppen werden nachfolgend bezeichnet als „Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut“. ³Die in der Richtlinie verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2018 und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein,

welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen. ⁴Eine Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann ferner erfolgen durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. ⁵Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfolgen. ⁶Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der in Satz 1 genannten Berufsgruppen, die nicht älter als vier Monate ist. ⁷Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärztinnen und Ärzte sollte sechs Wochen nicht überschreiten. ⁸Die abweichende Verordnungsmöglichkeit nach Satz 5 besteht für Verordnungen von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege nach Absatz 10 mit der Maßgabe, dass der Verordnungszeitraum von insgesamt sechs Wochen nicht überschritten werden darf.

(...)

(8) ¹Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind für Indikationen nach den Absätzen 9 und 10 verordnungsfähig, wenn eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann und diese Beeinträchtigungen durch die psychiatrische häusliche Krankenpflege positiv beeinflusst werden können:

1. Störungen des Antriebs, der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung, der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs,
2. Einbußen bei
 - a) der Kontaktfähigkeit,
 - b) den kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken,
 - c) dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik oder
 - d) dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.

²Zur Bestimmung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und deren Ausmaß ist nach Maßgabe der Absätze 9 und 10 die GAF-Skala heranzuziehen und der GAF-Wert auf der Verordnung anzugeben. ³Kontraindikationen schließen die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege aus (zum Beispiel Gefahr der iatrogenen Chronifizierung).

(...)

(10) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege können für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht in der Bemerkungsspalte in Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses genannt sind, in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn folgende Voraussetzungen aus der Verordnung hervorgehen:

1. Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) liegen in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann, bei einem GAF-Wert von ≤ 40 , und
2. die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen und die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreichen zu können.

(...)

§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften

(1) Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.

(2) ¹Dabei sind die Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer aus dem Leistungsverzeichnis zu berücksichtigen. ²Die Angabe der Häufigkeit und Dauer auf der ärztlichen Verordnung nach § 3 Absatz 2 Satz 2 ~~dritter Spiegelstrich Nummer 3~~ ist bei Verordnung dieser Leistungen grundsätzlich nicht erforderlich.

(...)

§ 8 Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen über den Inhalt der Satzungsbestimmungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege soweit sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege übernehmen.

~~§ 9 – Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie~~

~~(1) ¹Vor dem Hintergrund der Herausforderungen zur Bewältigung des epidemischen Ausbruchsgeschehens aufgrund des SARS-CoV-2 Virus kann der Gemeinsame Bundesausschuss durch gesonderten Beschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a seiner Geschäftsordnung (GO) folgende räumlich begrenzte und zeitlich befristete Ausnahmen von den Regelungen dieser Richtlinie zulassen, wenn sie in Abhängigkeit von der Art des Ausbruchsgeschehens zur Eindämmung und Bewältigung der Infektionen oder zum Schutz der Einrichtungen der Krankenversorgung vor Überlastung notwendig und erforderlich sind:~~

- ~~1. Die Regelung nach § 3 Absatz 5 Satz 2, wonach rückwirkende Verordnungen grundsätzlich nicht zulässig und Ausnahmefälle besonders zu begründen sind, findet nur auf Erstverordnungen Anwendung. Bei Folgeverordnungen sind rückwirkende Verordnungen für bis zu 14 Tage ab dem Datum der Ausstellung zulässig, wenn aufgrund der Ausbreitung von COVID-19 eine vorherige Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zur Sicherung einer Anschlussversorgung nicht möglich war.~~
- ~~2. Die Regelungen nach § 5 Absatz 2, wonach bei Folgeverordnungen für eine längere Dauer die Notwendigkeit begründet werden muss und die Folgeverordnung in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen ist, werden ausgesetzt.~~
- ~~3. § 6 Absatz 5 Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass die 4-Tage-Frist zur Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse auf eine 10-Tage-Frist erweitert wird.~~
- ~~4. Folgeverordnungen können auch nach telefonischer Anamnese ausgestellt und von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt postalisch an die oder den Versicherten übermittelt werden, sofern bereits zuvor aufgrund der selben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist.~~

~~²Diese Ausnahmeregelungen gelten, sofern die Verordnung von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt mit Sitz in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete ausgestellt wurde oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.~~

~~5. Abweichend von der Regelung nach § 1 Absatz 2 zu den Orten, an denen ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, können Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 4 in Verbindung mit Nummer 27a der Leistungsbeschreibung unter Einsatz datenschutzkonformer Anwendungen und mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten auch per Video erbracht werden, sofern eine persönliche Leistungserbringung aufgrund der aktuellen Pandemielage nicht erfolgen kann und die Leistung insbesondere zur Bewältigung einer akuten Krisensituation oder zur Vermeidung einer Verschlimmerung der psychischen Gesundheit aufgrund einer Leistungsunterbrechung erforderlich ist. Diese Ausnahmeregelung nach Nummer 5 gilt, sofern der Sitz des Leistungserbringers in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete liegt oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.~~

~~{2} —¹Auf Grundlage von § 1 Absatz 2 Satz 2 SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung gilt die Regelung nach § 7 Absatz 5 Satz 1 mit folgenden Maßgaben:~~

- ~~1. Der Zeitraum von sieben Kalendertagen wird auf einen Zeitraum von bis zu 14 Kalendertagen erweitert.~~
- ~~2. Die unmittelbare Erforderlichkeit kann sich auch aus dem Umstand einer Vermeidung des zusätzlichen Aufsuchens einer Arztpraxis ergeben.~~

~~²Diese Regelung tritt an dem Tag außer Kraft, an dem § 1 Absatz 2 Satz 2 SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung außer Kraft tritt.~~

Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis)**Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V**

(…)

Leistungen der Behandlungspflege

Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfähig.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
6.	Absaugen			
	- Absaugen der oberen Luftwege			ja
	- Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z. B. bei schwerer Emphysebronchitis, Aids, Mukoviszidose, beatmete Patientinnen oder Patienten.			
	— Bronchialtoilette (Bronchiallavage)			Nein
	— Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.			

(…)

Auszüge HKP-RL – Änderungen im Fließtext

Stand: 03.06.2025

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
14.	Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig; Ausnahme: bei Tumorerleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen.	Einlauf / Klistier / Klysma bis zu 2 x wöchentlich	ja
	bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung	
		Bei neurogenen Darmfunktionsstörungen als Maßnahme des Darmmanagements nach ärztlicher Indikation.	digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung Einläufe / Klistiere / Klysma / digitale Enddarmausräumungen bis zu 1x täglich	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
15.	Flüssigkeitsbilanzierung			nein
	Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrierten Gefäßen, ggf. inkl. Gewichtskontrolle, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang zur Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes bei dessen beginnender Dekompensation.	Routinemäßige Flüssigkeitsbilanzen sind nicht verordnungsfähig. Diese Leistung erstreckt sich jeweils über 24 Stunden und ist als eine Leistung anzusehen. Ergebnisse sind gemäß ärztlichem Behandlungsplan zu würdigen, Verlaufsprotokolle sind immer zu führen und durch die Ärztin oder den Arzt auszuwerten. Sie ist nur gesondert verordnungsfähig, wenn keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und/oder beim Ausscheiden erbracht wird.	1 x tägl., bis zu 3 Tage	
16.	Infusionen, i. v.			nein
	Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang oder des ärztlich punktierten <i>Port-a-cath</i> zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.	Verlaufsbogen erforderlich. Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Hiervon abweichend können die alleinige Flüssigkeitssubstitution und die alleinige parenterale Ernährung, gegebenenfalls inklusive der bedarfsabhängigen Zugabe von Vitaminen und Spurenelementen, Leistungen der häuslichen Krankenpflege sein.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.	
(...)				

26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	Diese Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates. Bei Folgeverordnungen ärztliche Begründung. Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefunds erforderlich.
1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume	Das Richten der Arzneimittel erfolgt in der Regel wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
		die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.		
2.	Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten , (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume, - über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde), - über die Atemwege, - über die Haut und Schleimhaut, - als Einreibungen bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermatologischen Erkrankungen akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen, - als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern und die gegebenenfalls erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben), - zur Behandlung des Mundes, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten, - zur Behandlung des Auges, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom.	Das Verabreichen beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente. Die Ohrenspülung ist eine ärztliche Tätigkeit. siehe Körperpflege (Nr. 4) Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.		

(…)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
31d	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung	Das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit – einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder – einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen selbstständig an- und abzulegen (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder – einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder – entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	jeweils 1 x täglich Stützkorsett: Jeweils 1 bis 2 x täglich	Ja
32	(POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie Ermittlung und Bewertung des Gerinnungswertes mittels eines vorhandenen Blutgerinnungs-Messgerätes (Koagulometer) bei Versicherten, bei denen eine Gerinnungskontrolle in der Häuslichkeit erforderlich ist	Die Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten: – die die Voraussetzungen zur Versorgung mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmeßgerät (Koagulometer) entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllt haben, – mit einem solchen Gerät ausgestattet sind und	Bis zu 1-mal wöchentlich	nein

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein
		– bei denen die initial vorhandene Fähigkeit zur INR-Selbstmessung aus den nachstehend genannten Gründen nicht mehr besteht: Bei den Patientinnen und Patienten liegt eine – so hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit vor, dass es ihnen unmöglich ist, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – so erhebliche Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten vor, dass sie die Messung nicht selbst vornehmen oder das Messergebnis nicht selbst ablesen können oder – so starke Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit vor, dass sie zu schwach sind, um die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust vor, so dass sie nicht in der Lage sind, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Die Häufigkeit der INR-Messung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes.		


Überprüfung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	24.06.2025	Verzicht
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	10.06.2025	Verzicht
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	24.06.2025	Verzicht
Organisationen gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V		
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	01.07.2025	
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)	17.06.2025	
Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle	02.07.2025	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	02.07.2025	
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)	02.07.2025	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	01.07.2025	
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)	02.07.2025	
Organisation zur Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V i. V. m. §92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V		
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	30.06.2025	
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV)	03.07.2025	verfristet
Bundesverband Kinderhospiz e. V. (BVKH)	01.07.2025	
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	03.09.2025	verfristet


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste e. V.	
17.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Gesamter Beschlussentwurf	Wir begrüßen die im Beschlussentwurf vorgesehenen Änderungen und haben keine weiteren Anmerkungen.



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5 | 10713 Berlin

Frau

Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Gemeinsamer Bundesausschuss

Per E-Mail: [\[redacted\]@g-ba.de](mailto:[redacted]@g-ba.de)

DGP-Geschäftsstelle
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Ihre Ansprechpartnerin
Anke Links

dgp@palliativmedizin.de
T +49 30 3010100-0
F +49 30 3010100-16

Berlin, 30.06.2025

**Organisationen gem. § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V (Palliativ und Hospiz) | Änderung der HKP-RL
Ihre E-Mail vom 04.06.2025**

Sehr geehrte Frau [redacted],

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 04.06.2025, mit der Bitte um Stellungnahme zu dem o. g.
Thema.

Ich darf Ihnen rückmelden, dass es seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
keine Änderungsvorschläge oder Anmerkungen gibt.

Freundlichen Gruß

Anke Links
DGP-Geschäftsstelle


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. (Der Paritätische) Oranienburger Str. 13 - 14 10178 Berlin	
30.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege (1) Die häusliche Krankenpflege beinhaltet 1. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und deren Durchführung an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert übertragen werden kann (Behandlungspflege), [...]	„Durch die Anpassung wird somit die Eindeutigkeit der Regelung erhöht, ohne die bisherigen Zuständigkeiten oder Verantwortlichkeiten zu verändern.“ Die Anpassung ist ein Schritt in die richtige Richtung, wenngleich eine konkrete Benennung der Durchführungsverantwortung an dieser Stelle zielführender wäre, als lediglich auf die Änderungen im Vertragsarztrecht zu verweisen.
Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V	
6. Absaugen Bronchialtoilette (Bronchiallavage) - Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.	Das Streichen dieser Leistung ist nachvollziehbar, da diese im häuslichen, behandlungspflegerischen <u>Kontext der HKP</u> , praktisch nicht bzw. nicht mehr vorkommt.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. (Der Paritätische) Oranienburger Str. 13 - 14 10178 Berlin	
30.06.2025	
14. Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung	Eine ggf. tägliche digitale Ausräumung findet im aktuellen Expertenstandard Förderung der Kontinenz keine Berücksichtigung. Weder bei „neurogenen Darmfunktionsstörungen“ noch bei „Obstipationen, die nicht anders zu behandeln sind“. Eine digitale Enddarmausräumung als potentiell tägl. Leistung ist daher aus pflegefachlicher Sicht fragwürdig und muss überprüft werden.
16. Infusionen, i. v. Hiervon abweichend können die alleinige Flüssigkeitssubstitution und die alleinige parenterale Ernährung, gegebenenfalls inklusive der bedarfsabhängigen Zugabe von Vitaminen und Spurenelementen, Leistungen der häuslichen Krankenpflege sein.	Die Gabe von Vitaminen in der parenteralen Ernährung ist in einem weiteren Verfahren zu überprüfen. Die Risiken der Vitamingabe bei nichtfunktionalen intravenösen Zugängen, deren Anlage weiterhin in den ärztlichen Tätigkeitsbereich fallen, sind in der Durchführungsverantwortung von der PFK in der eigenen Häuslichkeit nicht kalkulierbar und könnten im ungünstigsten Fall zu schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen (irreparable Nekrosen) bei der versorgten Person führen.
26. Absatz 2 Einreibung bei Hauterkrankungen	Es erschließt sich uns nicht, warum nur die Einreibung bei „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen“ erstattungsfähig sein soll und nicht auch die Einreibung bei chronischen Hauterkrankungen, die dermatologisch vom Hautarzt bestätigt und behandlungsbedürftig sind? Besonders betroffen sind hierbei pflegebedürftige Menschen mit eingeschränkter Mobilität, eingeschränkter Feinmotorik, kognitiven Defiziten oder Seheinschränkungen. Diese Personen sind nicht in der Lage, Medikamente sicher und sachgerecht selbst anzuwenden und benötigen fachlich qualifizierte Unterstützung durch die häusliche Krankenpflege. Eine Einschränkung auf akute dermatologische Erkrankungen berücksichtigt diese Versorgungsrealität nicht und führt zu einem erheblichen

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. (Der Paritätische) Oranienburger Str. 13 - 14 10178 Berlin	
30.06.2025	
	Risiko für eine medizinisch und pflegerisch unzureichende Versorgung. Zudem verlaufen viele chronisch dermatologische Erkrankungen in Schüben. Die Unterscheidung zwischen einem akuten und einem chronischen Zustand ist in der Versorgungspraxis häufig nicht trennscharf möglich. Eine solche Differenzierung ist daher weder aus fachlicher Sicht sinnvoll noch praktikabel. Die Verweigerung einer Medikamentengabe durch Pflegefachkräfte allein aufgrund der Einordnung als „chronisch“ birgt Risiken wie Therapieabbrüche, Fehlanwendungen oder gar eine stationäre Einweisung, was wiederum dem Grundsatz der Vermeidung stationärer Krankenhausbehandlung entgegensteht. Darüber hinaus sieht § 37 SGB V vor, dass häusliche Krankenpflege dann zu gewähren ist, wenn sie erforderlich ist, um eine ärztliche Behandlung zu sichern oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Dieser Anspruch gilt unabhängig davon, ob die Grunderkrankung als akut oder chronisch einzustufen ist. Eine Beschränkung auf akute dermatologische Erkrankungen steht somit auch im Widerspruch zum gesetzlichen Leistungsanspruch und zur Gleichbehandlung pflegebedürftiger Menschen. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist es fachlich und sozialrechtlich geboten, diese Leistung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auf chronisch dermatologische Erkrankungen auszuweiten. Nur so kann eine adäquate, sichere und dem Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung entsprechende Betreuung dieser Patientengruppe sichergestellt werden.
32. (POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie Ermittlung und Bewertung des Gerinnungswertes mittels eines vorhandenen Blut-gerinnungs-	Es erschließt sich (auch aus der Begründung) nicht, weshalb die Ablesung der INR-Messwerte in den Katalog der HKP-Leistungen aufgenommen werden soll. Bei dieser Leistung handelt es sich um Dokumentation für ärztliche Verantwortungsbereiche/Tätigkeiten zu Lasten von

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. (Der Paritätische) Oranienburger Str. 13 - 14 10178 Berlin	
30.06.2025	
Messgerätes (Koagulometer) bei Versicherten, bei denen eine Gerinnungskontrolle in der Häuslichkeit erforderlich ist	Pflegefachkräften, ohne Einwirkungsmöglichkeit. Bitte streichen - zu Gunsten der Profession „Pflege“.


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

AWO Bundesverband e.V.	
01.07.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Der AWO Bundesverband bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Die vorgelegten Änderungen, die auf verschiedene Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis beruhen und beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingegangen sind, sind überwiegend nachvollziehbar und auch aus unserer Sicht angemessen und richtig. Bezüglich der Verordnung von Einreibungen bei Hauterkrankungen weisen wir nachfolgend darauf hin, dass diese VO auch bei chronischen Hauterkrankungen aus unserer Sicht in den Katalog verordnungsfähiger Leistungen mit aufgenommen werden sollte.
26. Absatz 2 Einreibung bei Hauterkrankungen	Es erschließt sich uns nicht, warum die Einreibung bei „akut behandlungsbedürftigen Zuständen dermatologischer Erkrankungen“ erstattungsfähig ist, nicht jedoch bei chronischen Hauterkrankungen! Personen, die nicht in der Lage sind, Medikamente sicher und sachgerecht selbst anzuwenden, benötigen fachlich qualifizierte Unterstützung durch die häusliche Krankenpflege. Bei einer chronischen Hauterkrankung bei pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Mobilität, eingeschränkter Feinmotorik, kognitiven Defiziten oder Seheinschränkungen, kann dieser behandlungspflegerische Unterstützungsbedarf vorliegen. Eine Einschränkung auf <u>akute</u> dermatologische Erkrankungen berücksichtigt die Versorgungsrealität nicht. Chronisch dermatologische Erkrankungen verlaufen häufig in Schüben. Die Unterscheidung zwischen einem akuten und einem chronischen Zustand ist in der Versorgungspraxis oft nicht trennscharf möglich. Eine solche Differenzierung ist daher weder aus fachlicher Sicht sinnvoll noch praktikabel. Die

AWO Bundesverband e.V.	
01.07.2025	
	Verweigerung einer Medikamentengabe durch Pflegefachkräfte allein aufgrund der Einordnung als „chronisch“ birgt Risiken wie Therapieabbrüche, Fehlanwendungen oder gar eine stationäre Einweisung, was wiederum dem Grundsatz der Vermeidung stationärer Krankenhausbehandlung entgegensteht. Darüber hinaus sieht § 37 SGB V vor, dass häusliche Krankenpflege dann zu gewähren ist, wenn sie erforderlich ist, um eine ärztliche Behandlung zu sichern oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Dieser Anspruch gilt unabhängig davon, ob die Grunderkrankung als akut oder chronisch einzustufen ist. Eine Beschränkung auf akute dermatologische Erkrankungen steht somit auch im Widerspruch zum gesetzlichen Leistungsanspruch und zur Gleichbehandlung pflegebedürftiger Menschen. Es ist daher fachlich und sozialrechtlich geboten, die Leistung der Einreibung bei Hauterkrankungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auf chronisch dermatologische Erkrankungen auszuweiten. Nur so kann eine adäquate, sichere und dem Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung entsprechende Betreuung dieser Patientengruppe sichergestellt werden.


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Bundesverband Kinderhospiz e.V.	
01.07.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie Ermittlung und Bewertung des Gerinnungswertes mittels eines vorhandenen Blutgerinnungs-Messgerätes (Koagulometer) bei Versicherten, bei denen eine Gerinnungskontrolle in der Häuslichkeit erforderlich ist Die Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten: – die die Voraussetzungen zur Versorgung mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmeßgerät (Koagulometer) entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllt haben, – mit einem solchen Gerät ausgestattet sind und bei denen die initial vorhandene Fähigkeit zur INR-Selbstmessung aus den nachstehend genannten Gründen nicht mehr besteht:	

Bundesverband Kinderhospiz e.V.	
01.07.2025	
Bei den Patientinnen und Patienten liegt eine – so hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit vor, dass es ihnen unmöglich ist, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – so erhebliche Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten vor, dass sie die Messung nicht selbst vornehmen oder das Messergebnis nicht selbst ablesen können oder – so starke Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit vor, dass sie zu schwach sind, um die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder – starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust vor, so dass sie nicht in der Lage sind, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen. - liegt eine Minderjährigkeit vor (Kinder und Jugendliche ohne die oben genannten Einschränkungen) Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	Begründung: Kinder und Jugendliche mit angeborenen Fehlbildungen oder anderen lebenslimitierenden Erkrankungen benötigen z.B. wegen einer kardialen Einschränkung oder einer begleitenden, komplexen Gerinnungsstörung (z.B. Thrombophilie) eine Bestimmung des INR-Wertes.

Bundesverband Kinderhospiz e.V.	
01.07.2025	
Die Häufigkeit der INR-Messung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes.	


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
02. Juli 2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu § 2 Absatz 1 (Behandlungspflege) Die Anpassung der Formulierung in Absatz 1 wird von der Diakonie Deutschland unterstützt.	Durch die angepasste Formulierung wird klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Pflegefachkräften/Pflegekräften liegt. Dadurch wird deutlich, dass es sich nicht um eine Delegation im Sinne der Delegation ärztlicher Leistungen mit einer fortbestehenden ärztlichen Durchführungsverantwortung handelt.
Zu Leistungsnummer 6 „Absaugen“: Streichung „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ Die Streichung der Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird von der Diakonie Deutschland unterstützt	Die Streichung des Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.
Zu Leistungsnummer 14 „Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung“ Die Änderungen/Ergänzungen werden von der Diakonie Deutschland unterstützt. Insbesondere die Anpassung der Häufigkeit von Maßnahmen des Darmmanagements in Form von Einlauf/Klistier/Klysma/digitaler Enddarmausräumung bei neurogenen Darmfunktionsstörungen auf bis zu 1x täglich ist sachgerecht.	Die Änderung/Erweiterung der Leistung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.

Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
02. Juli 2025	
Zu Leistungsnummer 26.2 „Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten über die Haut und Schleimhaut, als Einreibungen“ Die Änderung in der Leistungsbeschreibung unter Spiegelstrich 3 von „akuten dermatologischen Erkrankungen“ in „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen“ ist sachgerecht.	Die Änderung der Leistungsbeschreibung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.
Zu Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K- Antagonisten Therapie Die Aufnahme der Leistungsnummer 32 in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL ist sachgerecht und wird von der Diakonie Deutschland unterstützt.	In den Tragenden Gründen wird die Aufnahme der neuen Leistungsnummer 32 inkl. Leistungsbeschreibung und den Angaben zur Verordnungsfähigkeit unter „Bemerkungen“ nachvollziehbar und plausibel begründet.


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Deutscher Caritasverband e.V.	
02. Juli 2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu § 2 Absatz 1 (Behandlungspflege) Die Anpassung der Formulierung in Absatz 1 wird von uns befürwortet.	Mit der angepassten Formulierung wird klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Pflege(fach)kräften liegt. Es wird deutlich, dass es sich nicht um eine Delegation im Sinne der Delegation ärztlicher Leistungen mit einer fortbestehenden ärztlichen Durchführungsverantwortung handelt.
Zu Leistungsnummer 6 „Absaugen“: Streichung „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ Die Streichung der Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird von uns befürwortet.	Die Streichung des Unterabschnitts Bronchialtoilette (Bronchiallavage) in Nummer 6 wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.
Zu Leistungsnummer 14 „Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung“ Die Änderungen/Ergänzungen werden von uns befürwortet. Wir befürworten insbesondere auch die Anpassung der Häufigkeit von Maßnahmen des Darmmanagements in Form von Einlauf/Klistier/Klysma/digitaler Enddarmausräumung bei neurogenen Darmfunktionsstörungen auf bis zu 1x täglich.	Die Änderung/Erweiterung der Leistung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.

Deutscher Caritasverband e.V.	
02. Juli 2025	
Zu Leistungsnummer 26.2 „Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten über die Haut und Schleimhaut, als Einreibungen“ Die Änderung in der Leistungsbeschreibung unter Spiegelstrich 3 von „akuten dermatologischen Erkrankungen“ in „akut behandlungsbedürftige Zustände dermatologischer Erkrankungen“ ist sachgerecht.	Die Änderung der Leistungsbeschreibung wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.
Zu Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K- Antagonisten Therapie“ Die Aufnahme der Leistungsnummer 32 in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL ist aus unserer Sicht sachgerecht und wird befürwortet.	Die Aufnahme der neuen Leistungsnummer 32 inkl. Leistungsbeschreibung und den Angaben zur Verordnungsfähigkeit unter „Bemerkungen“ wird in den Tragenden Gründen nachvollziehbar und plausibel begründet.


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad e.V.)	
02.07.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Streichung des § 1a	Der vorgesehenen Streichung wird zugestimmt. Es ist zutreffend, dass es der Übergangsregelung nicht mehr bedarf.
Änderung des § 2 Abs. 1	Der vorgesehenen Änderung kann zugestimmt werden. Die Klarstellung ist aus diesseitiger Sicht nicht zwingend erforderlich, da das geänderte Vertragsarztrecht keine Auswirkungen auf die Auslegung der (zuvor bereits bestehenden) HKP-Richtlinien hat. Die Klarstellung ist jedoch unschädlich.
Streichung des § 9 Abs. 1 und 2	Der vorgesehenen Streichung wird zugestimmt. Es ist zutreffend, dass es hieran keinen Bedarf mehr gibt.
Leistungsnummer 6: Streichung des Unterabschnitts „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“	Der vorgesehenen Streichung wird zugestimmt.
Änderungen in Leistungsnummer 14	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt.
Änderungen in Leistungsnummer 16	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt. Die hiermit vorgenommenen Klarstellungen werden befürwortet.
Änderungen in Leistungsnummer 26.2	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt. Die Klarstellung des Leistungsanspruchs wird befürwortet.
Einführung der neuen Leistungsnummer 32	Den vorgesehenen Änderungen wird zugestimmt.


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	
01.07.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu § 2 Absatz 1 (Behandlungspflege)	Der bpa begrüßt die Klarstellung, die unter anderem den hohen Grad an Eigenverantwortung im Rahmen der Durchführung behandlungspflegerischer Aufgaben verdeutlicht. Gleichwohl geben diese Bestrebungen Anlass zu prüfen, in wie weit schon jetzt und in Zukunft die pflegerische Tätigkeit im Bereich des SGB V wegen der Regelung der Vorbehaltsaufgaben nicht mehr unter dem Primat der ärztlichen Tätigkeit steht bzw. stehen sollte. Auch wenn es nicht Teil der HKP-Richtlinie ist, verdeutlicht diese Klarstellung die erhebliche Reichweite fachpflegerischen Handelns im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Zwar ist unstrittig, dass derzeit noch die Behandlungspflege einer ärztlichen Ver- und auch Anordnung bedarf, unklar ist jedoch, in wie weit durch die Pflegefachkräfte gem. § 4 Abs. 2 PflBG die in der HKP-Richtlinie genannten Tätigkeiten bzw. Leistungen dann nicht nur selbstständig, sondern auch eigenverantwortlich im Sinne von allein verantwortlich zu erbringen sind. Angesichts der unterschiedlichen Komplexität der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie und der teilweise untrennbaren Zusammenhänge zum Pflegeprozessgeschehen muss davon ausgegangen werden, dass es künftig neben der ärztlichen Verordnung und Veranlassung von Leistungen gemäß der HKP-Richtlinie auch einer selbstständigen Einschätzung, Planung und Evaluation durch die durchführenden Pflegefachpersonen zwingend bedarf. Der Richtliniengeber sollte dies zum Anlass nehmen und den längst überfälligen Schritt einer Anpassung der Versorgungskompetenzen im Rahmen der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V nachvollziehen.


Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Auszüge HKP-RL – Änderungen im Fließtext	
§ 2 Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege (1) Die häusliche Krankenpflege beinhaltet 1. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und deren Durchführung die üblicherweise an Pflegefachpersonen/Pflegekräfte delegiert übertragen werden kann können (Behandlungspflege), [...] 2. Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und 3. Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer ei-genständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung). (2) Ziele der Verordnung häuslicher Krankenpflege sind 1. der oder dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in ihren oder seinen häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) o-der 2. ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege), 3. Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege). (3) Häusliche Krankenpflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, 1. bei Krankenhausvermeidungspflege die Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, 2. bei Sicherungspflege die notwendige Behandlungspflege sowie, sofern die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht, die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und 3. bei Unterstützungspflege die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. (...)	Mit der Regelung im §27 SGB V wird ausgeführt, dass palliative Versorgung Bestandteil der Krankenbehandlung ist. Dies sollte in der HKP-RL durchgängig Berücksichtigung finden, z.B.: 3. Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder weit fortgeschrittener Krankheitsphase bzw. in der (Prä-)Finalphase, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
	einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).
§ 2a Krankenhausvermeidungspflege (1) 1Die Verordnung als Krankenhausvermeidungspflege ist nur zulässig, wenn die oder der Versicherte wegen einer Krankheit, der von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlung bedarf und diese Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. 2Sie kann verordnet werden, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt: 1. Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder sich in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. (Prä-)Finalphase befindet. 2. Dadurch Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann. 3. Dadurch Krankenhausbehandlung verkürzt wird (vgl. § 7 Absatz 5). (2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden.	
§ 2c Unterstützungspflege (1) Häusliche Krankenpflege als Unterstützungspflege ist Bestandteil des von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten ärztlichen Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn 1. eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, oder in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. (Prä-)Finalphase, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und 2. die dadurch resultierenden krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen in einem Maß vorliegen, dass die oder der Versicherte sich nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann und 3. der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nur für einen voraus-sichtlich vorübergehenden Zeitraum vorliegt und 4. keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI vor-liegt. (...)	
§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege (1) 1Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher	Eine Kernleistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) besteht in der Koordination

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. 2Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, im Fall der Verordnung von Leistungen nach Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses (psychiatrische häusliche Krankenpflege) nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Berufsgruppen. Bei Patient:innen in fortgeschrittenen Krankheitsphasen kann in Ausnahmefällen eine Verordnung auch durch ein SAPV-Team erfolgen. 3Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus richtet sich nach § 7 Absatz 5.	der Versorgung in besonders aufwändigen palliativen Versorgungssituationen. Merkmal ist ein aufwändiges Versorgungsgeschehen, welches durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet ist. Die übrigen Sozialleistungen, so auch die der HKP, bleiben von den Leistungen der SAPV unberührt. Um die Patientensicherheit und krisenhafte Geschehen zu vermeiden, ist eine zeitnahe Behandlungsabstimmung und die Anpassung von Behandlungsmaßnahmen mit den Pflegefachpersonen der HKP unumgänglich. Aus diesem Grund sollte den SAPV-Teams die Möglichkeit gegeben werden, in besonderen Fällen bei Palliativpatient:innen HKP-Leistungen verordnen zu können.
§ 7 Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenhäusern und Pflegediensten	Hier sollte die Zusammenarbeit mit SAPV-Teams ergänzt werden (s.o.)
Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V	
3. 4. Ernährung beinhaltet: – Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei – Sondennahrung, Verabreichen von, über Magensonde, Katheter-Jejunostomie (z. B. Witzel-Fistel), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe, Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation, ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems, gegebenenfalls einschließlich	

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)			
01.07.2025			
– pflegerische Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo), – Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr), – Lagern Körperliche Positionswechsel (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungsmitteln), – Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).		Hier sollte der pflegerische Fachterminus aktualisiert werden (siehe auch 4.)	
14 Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig; Ausnahme: bei Tumorerleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen. Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist, bei Obstipation in fortgeschrittenen Krankheitssituationen mit hoher Symptomlast. Bei neurogenen Darmfunktionsstörungen als Maßnahme des	Einlauf / Klistier / Klysma bis zu 2 x wöchentlich digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung Einläufe / Klistiere / Klysma / digitale Enddarmausräumungen bis zu 1x täglich	<u>Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.</u> Bei Patient*innen, die sich in einer in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. Terminalphase befinden, sind bestimmte Maßnahmen wie z.B. Ernährungsumstellungen oder auch die orale Gabe von Laxantien nicht immer möglich bzw. sinnvoll. Vor dem Hintergrund sollte für diese Patientengruppe eine Ergänzung eingefügt werden, die es erlaubt die Maßnahmen unter Punkt 14 ohne den Umweg über das Eskalationsschema zeitnah und in der erforderlichen Häufigkeit Maßnahmen unter Punkt 14 im Rahmen der HKP zu verordnen, um zeitnah und effektiv belastende Symptome zu lindern.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
Darmmanagements nach ärztlicher Indikation.	
16. Infusionen, i. v. Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges. Verlaufsbogen erforderlich. Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.	Diese Ausführungen entsprechen nicht der Versorgungsrealität. In dieser wird bereits seit Jahren die intravenöse Verabreichung von Medikamenten von Pflegefachpersonen übernommen. Laut Rechtsprechung und Bundesmanteltarif der Ärzt:innen ist dies eine delegierbare Maßnahme und wird regelmäßig von Pflegefachpersonen in KRH, Praxen, Ambulanzen und der SAPV durchgeführt. Nach HKP-Richtlinie dürfte dies in der AAPV dann nicht durchgeführt werden. Das bedeutet, dass unnötige Krankenhauseinweisungen allein dadurch ausgelöst werden können, inkl. der erforderlichen Krankentransporte und den Patient:innen die Möglichkeit genommen wird im häuslichen Versorgungsbereich verbleiben zu können, da die notwendige Grundlage fehlt, um dies im Rahmen der HKP zu delegieren. Dies gilt gleichermaßen für die Portpunktion. In der Versorgungspraxis wird dies regelhaft delegiert. Portpunktionen werden fast ausschließlich durch

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
	Pflegefachpersonen durchgeführt und sind delegationsfähig. Ausgenommen hiervon ist die Erstpunktion. Auch hier wird es Patient:innen in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und onkologischen Patient:innen zugemutet, allein wegen einer Intervention, die in der Durchführung nur wenige Minuten dauert, eine Praxis oder Ambulanz aufsuchen zu müssen. Auch im Rahmen einer Kosteneffizienz ist es nicht nachvollziehbar, warum dies nicht qualifizierte Pflegefachpersonen analog zum Bundesmanteltarif der Ärzte durchführen sollen dürfen. Die Palliativversorgung ist ein gutes Beispiel dafür, das Pflegefachpersonen im Sinne einer guten und schonenden Patient:innenversorgung im häuslichen Rahmen mehr leisten und verantworten können.
24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen	Diese Leistung sollte on Top erfolgen. Alle behandlungspflegerischen Maßnahmen einzubeziehen, stellt ein unkalkulierbares Risiko für die Pflegedienste dar. Dies ist nach unserer Einschätzung der Grund, weshalb sich diese Leistung in der Versorgungspraxis kaum durchgesetzt hat. Dies ist aber notwendig, um die allgemeine ambulante Palliativversorgung

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses. Die Nummer 24a ist jedoch nicht bei Patientinnen oder Patienten verordnungsfähig, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird (siehe auch § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V). Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen	(AAPV) zu sichern und unnötige Kosten im Gesundheitswesen zu vermeiden. SAPV ist eine Teamleistung, die sowohl spezielle ärztliche, pflegerische und psychosoziale Leistungsanteile enthält. Die Formulierung „palliativpflegerische Teilversorgung“ ist entspricht nicht den Regelungen der SAPV und der Versorgungsrealität (siehe auch Rahmenvertrag nach §132d SGBV) und wäre daher zu streichen.
26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) Die Verordnungsfähigkeit ist auf Patient:innen in der Terminalphase einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose zu erweitern. Zudem ist stärker zu betonen, dass das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten auch zeitlich unabhängig von dem Verabreichen erbracht werden kann.	In der Terminalphase einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose kann eines oder mehrere der sonstigen aufgeführten Kriterien für eine Verordnungsfähigkeit vorhanden sein und damit zu einer Verordnungsfähigkeit führen. In der Terminalphase kann die individuelle Krankheitsverarbeitung jedoch die Compliance negativ beeinflussen. Zudem können das individuelle Krankheitsverstehen und/oder eine rasch fortschreitende palliative Krankheitsphase nicht kongruent mit den ärztlichen Feststellungen sein. Beides für sich oder auch vergesellschaftet greifen stark in die Wirksamkeit der ärztlichen Therapie ein, so dass eine regelhafte

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
	Unterstützung bei der Einnahme notwendig sein kann, um die ärztliche Therapie insbesondere bei Palliativpatienten sicherzustellen. Zunehmenden sehen die vertraglichen Regelungen mit den Kostenträgern vor, dass geeignete Pflegekräfte die Medikamente verabreichen dürfen, jedoch das Richten der Medikamente durch Pflegefachpersonen vorzunehmen ist. In der Genehmigungspraxis ist das Richten der Medikamente mit dem Verabreichen in einem zeitlichen Zusammenhang zu erbringen, obgleich die Ressourcen für einen derartige Planungszusammenhang nicht mehr vorhanden sind. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass die Nr. 26 1. Richten von verordneten Medikamenten auch unabhängig von der Leistung Nr. 26 2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten genehmigungsfähig ist.
Tragende Gründe	
2.4 Zur Leistungsnummer 6 „Absaugen“: Streichung „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ Die Streichung des Unterabschnitts „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ in Nummer 6 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist zurückzuführen auf einen Hinweis im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu der am 21. Juli 2022 vom G-BA beschlossenen Änderung der HKP-Richtlinie „Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen“. Sie ist wie folgt zu begründen: Die Bronchialtoilette durch eine Pflegefachkraft erfolgt	Die Richtlinie sollte die aktuelle Berufsbezeichnung des Pflegeberufes aufgreifen: „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
durch Absaugung des Bronchialschleims mit einem geeigneten Trachealkatheter über den Tubus oder das Tracheostoma und ist von der Maßnahme „Absaugen“ bereits umfasst, sodass eine gesonderte Darstellung der Bronchialtoilette nicht erforderlich ist. Die Bronchiallavage wird mittels Bronchoskop durchgeführt und ist eine risikobehaftete Maßnahme. Sie ist daher eine ärztliche Leistung, die nicht an Pflegefachkräfte übertragbar ist. Zu-dem handelt es sich um einen Eingriff, der unter Gewährleistung einer adäquaten Schmerz-medikation durchzuführen ist. Daher war unter Nr. 6 (dritter u. vierter Spiegelstrich) die Leitungsbeschreibung zu streichen. Auswirkungen auf die Versorgung in Folge dieser Streichung sind nicht zu erwarten.	
2.8 Zur Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie In Nummer „32“ im Leistungsverzeichnis der HKP-RL wird die Leistung der (POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie (Vitamin-K-Antagonisten Therapie) eingefügt. Die Abkürzung „INR“ steht für International Normalized Ratio. Der INR ist ein Wert für die Gerinnungsdauer des Blutes. Er wird regelmäßig bei Menschen gemessen, die bestimmte Medikamente zur Gerinnungshemmung einnehmen. Vitamin-K-Antagonisten sind eine Gruppe von Blutverdünnern, die insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit mechanischem Herzklappenersatz, hereditären (angeborenen) Faktor-V-Leiden mit aufgetretener Thrombose und dem Antiphospholipidsyndrom zur Anwendung kommen. Unter der Vitamin-K-Antagonisten Therapie ist eine regelmäßige Kontrolle der Gerinnung erforderlich. In der Regel erfolgt die INR-Bestimmung im Rahmen der Therapie alle 4-6 Wochen in der Arztpraxis. Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes sieht unter anderem in der Produkt-gruppe „Messgeräte für Körperzustände/-funktionen“ vollautomatische Blutgerinnungsmess-geräte vor. Mobile vollautomatisierte Blutgerinnungsmessgeräte, die im Rahmen der Antikoagulantientherapie zum Gerinnungs-Selbstmanagement genutzt werden, messen in Kapillarblutproben die partielle Thromboplastinzeit. Bei dieser Messmethode wird ein Tropfen Blut in Kontakt mit speziellen Sensorstreifen oder Testkassetten gebracht und in das Messgerät eingeführt. Die ermittelten Messwerte werden als sogenannter INR- oder PT-Wert auf einem Display ausgegeben. Durchführen der Maßnahmen: Die Messung wird durch einen Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 SGB V und durch die dort eingesetzten Pflegefachpersonen erbracht. Die Durchführung der Messmethode setzt voraus, dass die eingesetzten Pflegefachpersonen in der Anwendung der Messgeräte eingewiesen	

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
sind. Der Messwert kann mit dem vom Arzt vorgegeben Zielwerten verglichen und die Therapie in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gegebenenfalls angepasst werden. Verordnungsvoraussetzungen: Die Patientinnen und Patienten müssen mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmessgerät versorgt worden sein und dafür die im Hilfsmittelverzeichnis beschriebenen Voraussetzungen, insbesondere die hohen Anforderungen an die persönliche Eignung zur Anwendung des Hilfsmittels erfüllt haben. Insbesondere haben die Patientinnen und Patienten vor der Zurverfügungstellung eines Koagulometers eine erfolgreiche Teilnahme an einer standardisierten Schulung zur Blutergerinnungs-Selbstkontrolle nachgewiesen. Weiterhin ist auch eine Zusage eines geeigneten weiterbehandelnden Arztes (Hausarzt, Kardiologe, Klinikambulanz) notwendig, um eine adäquate medizinische Betreuung sicherzustellen und die Vereinbarung des Versicherten mit dem behandelnden Arzt, dass die notwendigen Aufzeichnungen (Patiententagebuch mit Messwertprotokoll) geführt werden und dem behandelnden Arzt vorzulegen sind, dass - wenn erforderlich – Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden und dass bei Auftreten von wesentlichen Veränderungen sofort Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufgenommen wird (Modifikation der Therapie/Dosierung). Die Leistungen der HKP können nicht die Erfüllung der Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses ersetzen. An diese Voraussetzungen knüpft die neue Leistungsziffer 32 an. Patienten, die initial die im Hilfsmittelverzeichnis genannten Voraussetzungen erfüllt haben, mit einem Koagulometer ausgestattet sind, die Messung aber aus den in der Bemerkungsspalte genannten Gründen nicht mehr selbst durchführen können, haben Anspruch auf diese Maßnahme. In der Bemerkungsspalte wurden die Verordnungsvoraussetzungen konkretisiert. Dauer und Häufigkeit der Maßnahme Bei Patientinnen und Patienten, die die INR-Messung im Selbstmanagement („Patient-Self-Management“ [PSM]) durchgeführt haben, zeigte sich, dass eine einmal wöchentliche Messung des INR-Wertes eine optimale Einstellungsqualität ermöglicht. Belege, dass noch kürzere routinemäßige Testintervalle, etwa mehrmals wöchentliche Testungen, die Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-RL verwiesen. Einstellungsqualität weiter verbessern, fehlen. Die wöchentliche Testung erlaubt es, Schwankungen der INR-Werte frühzeitig zu erkennen und diesen Schwankungen ggf. mit einer Medikamentenanpassung zu begegnen, bevor Komplikationen auftreten. Die wöchentliche INR-Kontrolle ist somit Standard im Selbstmanagement der oralen	Die Verordnungsvoraussetzung, dass ausschließlich Patient*innen ein Koagulometer erhalten dürfen, wenn sie eine Schulung durchlaufen haben, geht an der Versorgungspraxis vorbei. Gerade auch hochaltrige oder immobile Patient*innen, die ggf. aufwändig transportiert werden müssten, würden durch Messungen in der gewohnten häuslichen Umgebung profitieren. Wenn Pflegefachpersonen vor Ort Messungen durchführen und die Werte an den die HKP verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin übermitteln, würde dies den Aufwand für diese Patient*innen reduzieren und Kosten durch vermeidbare und belastende Transporte reduzieren.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
01.07.2025	
Antikoagulation mit Kumarin-derivaten (PSM)¹⁰. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-RL verwiesen. Die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme richtet sich nach dem ärztlichen Behandlungsplan. Dieser umfasst auch die Festlegung von Dauer und der Frequenz, weshalb für eine eigenständige davon abweichende Entscheidung der Pflegefachperson kein Entscheidungsspielraum besteht.	
2.9 Redaktionelle Anpassungen Als redaktionelle Anpassung werden im Richtlinientext die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt	Sowie die Bezeichnung Pflegefachkraft durch die aktuelle Berufsbezeichnung des Pflegeberufes „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson ersetzt

**Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):****Überprüfung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage**

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Auszüge HKP-RL – Änderungen im Fließtext	
§ 2 Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege (1) Die häusliche Krankenpflege beinhaltet 1. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und deren Durchführung die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert übertragen werden kann können (Behandlungspflege), [...] 2. Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und 3. Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer ei-genständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung). (2) Ziele der Verordnung häuslicher Krankenpflege sind 1. der oder dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in ihren oder seinen häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) o-der 2. ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege), 3. Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder weit fortgeschrittener Krankheitsphase bzw. in der (Prä-)Finalphase, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege). (3) Häusliche Krankenpflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, 1. bei Krankenhausvermeidungspflege die Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, 2. bei Sicherungspflege die notwendige Behandlungspflege sowie, sofern die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht, die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und 3. bei Unterstützungspflege die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. (...)	Die Bezeichnung Pflegefachkraft sollte durch die aktuelle Berufsbezeichnung des Pflegeberufes „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson ersetzt werden. Mit der Regelung im §27 SGBV wird ausgeführt, dass palliative Versorgung Bestandteil der Krankenbehandlung ist. Dies sollte in der HKP-RL durchgängig Berücksichtigung finden, z.B.: 3. Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder weit fortgeschrittener Krankheitsphase bzw. in der (Prä-)Finalphase, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).
§ 2a Krankenhausvermeidungspflege	

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
(1) 1Die Verordnung als Krankenhausvermeidungspflege ist nur zulässig, wenn die oder der Versicherte wegen einer Krankheit der von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlung bedarf und diese Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. 2Sie kann verordnet werden, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt: 1. Krankenhausbehandlung geboten aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder sich in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. (Prä-)Finalphase befindet. 2. Dadurch Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann. 3. Dadurch Krankenhausbehandlung verkürzt wird (vgl. § 7 Absatz 5). (2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Kranken-hausvermeidungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden.	
§ 2c Unterstützungspflege (1) Häusliche Krankenpflege als Unterstützungspflege ist Bestandteil des von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten ärztlichen Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn 1. eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, oder in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. (Prä-)Finalphase, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und 2. die dadurch resultierenden krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen in einem Maß vorliegen, dass die oder der Versicherte sich nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann und 3. der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nur für einen voraus-sichtlich vorübergehenden Zeitraum vorliegt und 4. keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI vor-liegt. (...)	
§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege (1) 1Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. 2Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, im Fall der Verordnung von Leistungen nach Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses (psychiatrische häusliche Krankenpflege) nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Berufsgruppen.	Eine Kernleistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) besteht in der Koordination der Versorgung in besonders aufwändigen palliativen Versorgungssituationen. Merkmal ist ein aufwändiges Versorgungsgeschehen,

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
Bei Patient:innen in fortgeschrittenen Krankheitsphasen kann in Ausnahmefällen eine Verordnung auch durch ein SAPV-Team erfolgen. 3Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus richtet sich nach § 7 Absatz 5.	welches durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet ist. Die übrigen Sozialleistungen, so auch die der HKP, sind von den Leistungen der SAPV unberührt. Um die Patientensicherheit und krisenhafte Geschehen zu vermeiden, ist eine zeitnahe Behandlungsabstimmung und die Anpassung von Behandlungsmaßnahmen mit den Pflegefachpersonen der HKP unumgänglich. Aus diesem Grund sollte den SAPV-Teams die Möglichkeit gegeben werden, in besonderen Fällen bei Palliativpatient:innen HKP-Leistungen verordnen bzw. delegieren zu können.
§ 7 Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenhäusern, Pflegediensten und SAPV-Teams	Hier sollte die Zusammenarbeit mit SAPV-Teams ergänzt werden (s.o.).
Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V	
3. 4. Ernährung beinhaltet: – Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei – Sondennahrung, Verabreichen von, über Magensonde, Katheter-Jejunostomie (z. B. Witzel-Fistel), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe, Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation, ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems, gegebenenfalls einschließlich – pflegerische Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo), – Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),	

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)			
01.07.2025			
– Lagern Körperliche Positionswechsel (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln), – Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).		Hier sollte der pflegerische Fachterminus aktualisiert werden (siehe auch 4.)	
14 Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig; Ausnahme: bei Tumorerleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen. Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist, bei Obstipation in fortgeschrittenen Krankheitssituationen mit hoher Symptomlast. Bei neurogenen Darmfunktionsstörungen als Maßnahme des Darmmanagements nach ärztlicher Indikation.	Einlauf / Klistier / Klysma bis zu 2 x wöchentlich digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung Einläufe / Klistiere / Klysma / digitale Enddarmausräumungen bis zu 1x täglich	Bei Patient*innen, die sich in einer in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bzw. Terminalphase befinden, sind bestimmte Maßnahmen wie z.B. Ernährungsumstellungen oder auch die orale Gabe von Laxantien nicht immer möglich bzw. sinnvoll. Vor dem Hintergrund sollte für diese Patientengruppe eine Ergänzung eingefügt werden, die es erlaubt die Maßnahmen unter Punkt 14 ohne den Umweg über das Eskalationsschema zeitnah und in der erforderlichen Häufigkeit Maßnahmen unter Punkt 14 im Rahmen der HKP zu verordnen, um zeitnah und effektiv belastende Symptome zu lindern.
16. Infusionen, i. v.	Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang oder des		Diese Ausführungen entsprechen nicht der Versorgungsrealität. In dieser wird bereits seit Jahren die

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges. Verlaufsbogen erforderlich. Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.	intravenöse Verabreichung von Medikamenten von Pflegefachpersonen übernommen. Laut Rechtsprechung und Bundesmanteltarif der Ärzt:innen ist dies eine delegierbare Maßnahme und wird regelmäßig von Pflegefachpersonen in KRH, Praxen, Ambulanzen und der SAPV durchgeführt. Nach HKP-Richtlinie dürfte dies in der AAPV dann nicht durchgeführt werden. Das bedeutet, dass unnötige Krankenhauseinweisungen allein dadurch ausgelöst werden können, inkl. Krankentransportkosten und den Patient:innen die Möglichkeit genommen wird im häuslichen Versorgungsbereich verbleiben zu können, da die notwendige Grundlage fehlt, um dies im Rahmen der HKP zu delegieren. Dies gilt gleichermaßen für die Portpunktion. In der Versorgungspraxis wird dies regelhaft delegiert. Portpunktionen werden fast ausschließlich durch Pflegefachpersonen durchgeführt und sind delegationsfähig. Ausgenommen hiervon ist die Erstpunktion. Auch hier wird es Patient:innen in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und onkologischen Patient:innen zugemutet, allein wegen einer

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
	Intervention, die in der Durchführung nur wenige Minuten dauert, eine Praxis oder Ambulanz aufsuchen zu müssen. Auch im Rahmen einer Kosteneffizienz ist es nicht nachvollziehbar, warum dies nicht qualifizierte Pflegefachpersonen analog zum Bundesmanteltarif der Ärzte durchführen sollen dürfen. Die Palliativversorgung ist ein gutes Beispiel dafür, das Pflegefachpersonen im Sinne einer qualifizierten und schonenden Patient:innenversorgung im häuslichen Rahmen mehr leisten und verantworten können und schont zudem Ressourcen (z.B. Wirtschaftlichkeit).
24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses. Die Nummer 24a ist jedoch nicht bei Patientinnen oder Patienten verordnungsfähig, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team	Diese Leistung sollte on Top erfolgen. Alle behandlungspflegerischen Maßnahmen einzubeziehen, stellt ein unkalkulierbares Risiko für die Pflegedienste dar. Dies ist nach unserer Einschätzung der Grund, weshalb diese Leistung sich in der Versorgungspraxis kaum durchgesetzt hat. Diese Leistung ist aber notwendig, um die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) zu sichern und unnötige Kosten im Gesundheitswesen zu vermeiden. SAPV ist eine Teamleistung, die sowohl spezielle ärztliche, pflegerische und psychosoziale Leistungsanteile

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
erbracht wird (siehe auch § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V). Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen	enthält. Die Formulierung „palliativpflegerische Teilversorgung“ entspricht nicht den Regelungen der SAPV und deren Versorgungsrealität (siehe auch Rahmenvertrag nach §132d SGBV) und wäre daher zu streichen.
26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) Die Verordnungsfähigkeit ist auf Patient:innen in der Terminalphase einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose zu erweitern. Zudem ist stärker zu betonen, dass das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten auch zeitlich unabhängig von dem Verabreichen erbracht werden kann.	In der Terminalphase einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose kann eines oder mehrere der sonstigen aufgeführten Kriterien für eine Verordnungsfähigkeit vorhanden sein und damit zu einer Verordnungsfähigkeit führen. In der Terminalphase kann die individuelle Krankheitsverarbeitung jedoch die Compliance negativ beeinflussen. Zudem können das individuelle Krankheitsverstehen und/oder eine rasch fortschreitende palliative Krankheitsphase nicht kongruent mit den ärztlichen Feststellungen sein. Beides für sich oder auch vergesellschaftet greifen stark in die Wirksamkeit der ärztlichen Therapie ein, so dass eine regelhafte Unterstützung bei der Einnahme notwendig sein kann, um die ärztliche Therapie bzw. eine Symptomlinderung insbesondere bei Palliativpatienten sicherzustellen. Zudem sehen die vertraglichen Regelungen mit

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
	den Kostenträgern vor, dass geeignete Pflegekräfte die Medikamente verabreichen dürfen, jedoch das Richten der Medikamente durch Pflegefachpersonen vorzunehmen ist. In der Genehmigungspraxis ist das Richten der Medikamente mit dem Verabreichen in einem zeitlichen Zusammenhang zu erbringen, obgleich die Ressourcen für einen derartigen Planungszusammenhang nicht mehr vorhanden sind. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass die Nr. 26 1. „Richten von verordneten Medikamenten“ auch unabhängig von der Leistung Nr. 26 2. „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten“ genehmigungsfähig ist.
Tragende Gründe	
2.4 Zur Leistungsnummer 6 „Absaugen“: Streichung „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ Die Streichung des Unterabschnitts „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“ in Nummer 6 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist zurückzuführen auf einen Hinweis im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu der am 21. Juli 2022 vom G-BA beschlossenen Änderung der HKP-Richtlinie „Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen“. Sie ist wie folgt zu begründen: Die Bronchialtoilette durch eine Pflegefachkraft erfolgt durch Absaugung des Bronchialschleims mit einem geeigneten Trachealkatheter über den Tubus oder das Tracheostoma und ist von der Maßnahme „Absaugen“ bereits umfasst, sodass eine gesonderte Darstellung der Bronchialtoilette nicht erforderlich ist. Die Bronchiallavage wird mittels Bronchoskop durchgeführt und ist eine risikobehaftete Maßnahme. Sie ist daher eine ärztliche Leistung, die nicht an Pflegefachkräfte übertragbar ist. Zu-dem handelt es sich um einen Eingriff, der unter Gewährleistung einer adäquaten	Die Richtlinie sollte die aktuelle Berufsbezeichnung des Pflegeberufes aufgreifen: „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
Schmerz-medikation durchzuführen ist. Daher war unter Nr. 6 (dritter u. vierter Spiegelstrich) die Leitungsbeschreibung zu streichen. Auswirkungen auf die Versorgung in Folge dieser Streichung sind nicht zu erwarten.	
2.8 Zur Leistungsnummer 32 (neu) „(POCT-)INR-Messung zur Anpassung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie In Nummer „32“ im Leistungsverzeichnis der HKP-RL wird die Leistung der (POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie (Vitamin-K-Antagonisten Therapie) eingefügt. Die Abkürzung „INR“ steht für International Normalized Ratio. Der INR ist ein Wert für die Gerinnungsdauer des Blutes. Er wird regelmäßig bei Menschen gemessen, die bestimmte Medikamente zur Gerinnungshemmung einnehmen. Vitamin-K-Antagonisten sind eine Gruppe von Blutverdünnern, die insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit mechanischem Herzklappenersatz, hereditären (angeborenen) Faktor-V-Leiden mit aufgetretener Thrombose und dem Antiphospholipidsyndrom zur Anwendung kommen. Unter der Vitamin-K-Antagonisten Therapie ist eine regelmäßige Kontrolle der Gerinnung erforderlich. In der Regel erfolgt die INR-Bestimmung im Rahmen der Therapie alle 4-6 Wochen in der Arztpraxis. Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes sieht unter anderem in der Produkt-gruppe „Messgeräte für Körperzustände/-funktionen“ vollautomatische Blutgerinnungsmess-geräte vor. Mobile vollautomatisierte Blutgerinnungsmessgeräte, die im Rahmen der Antikoagulantientherapie zum Gerinnungs-Selbstmanagement genutzt werden, messen in Kapillarblutproben die partielle Thromboplastinzeit. Bei dieser Messmethode wird ein Tropfen Blut in Kontakt mit speziellen Sensorstreifen oder Testkassetten gebracht und in das Messgerät eingeführt. Die ermittelten Messwerte werden als sogenannter INR- oder PT-Wert auf einem Display ausgegeben. Durchführen der Maßnahmen: Die Messung wird durch einen Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 SGB V und durch die dort eingesetzten Pflegefachpersonen erbracht. Die Durchführung der Messmethode setzt voraus, dass die eingesetzten Pflegefachpersonen in der Anwendung der Messgeräte eingewiesen sind. Der Messwert kann mit dem vom Arzt vorgegeben Zielwerten verglichen und die Therapie in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gegebenenfalls angepasst werden. Verordnungsvoraussetzungen: Die Patientinnen und Patienten müssen mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmess-gerät versorgt worden sein und dafür die im Hilfsmittelverzeichnis beschriebenen Voraussetzungen, insbesondere die hohen Anforderungen an die persönliche Eignung zur Anwendung	Die Verordnungsvoraussetzung, dass ausschließlich Patient*innen ein Koagulometer erhalten dürfen, wenn sie eine

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
des Hilfsmittels erfüllt haben. Insbesondere haben die Patientinnen und Patienten vor der Zurverfügungstellung eines Koagulometers eine erfolgreiche Teilnahme an einer standardisierten Schulung zur Blutergerinnungs-Selbstkontrolle nachgewiesen. Weiterhin ist auch eine Zusage eines geeigneten weiterbehandelnden Arztes (Hausarzt, Kardiologe, Klinikambulanz) notwendig, um eine adäquate medizinische Betreuung sicherzustellen und die Vereinbarung des Versicherten mit dem behandelnden Arzt, dass die notwendigen Aufzeichnungen (Patiententagebuch mit Messwertprotokoll) geführt werden und dem behandelnden Arzt vorzulegen sind, dass - wenn erforderlich – Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden und dass bei Auftreten von wesentlichen Veränderungen sofort Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufgenommen wird (Modifikation der Therapie/Dosierung). Die Leistungen der HKP können nicht die Erfüllung der Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses ersetzen. An diese Voraussetzungen knüpft die neue Leistungsziffer 32 an. Patienten, die initial die im Hilfsmittelverzeichnis genannten Voraussetzungen erfüllt haben, mit einem Koagulometer ausgestattet sind, die Messung aber aus den in der Bemerkungsspalte genannten Gründen nicht mehr selbst durchführen können, haben Anspruch auf diese Maßnahme. In der Bemerkungsspalte wurden die Verordnungsvoraussetzungen konkretisiert. Dauer und Häufigkeit der Maßnahme Bei Patientinnen und Patienten, die die INR-Messung im Selbstmanagement („Patient-Self-Management“ [PSM]) durchgeführt haben, zeigte sich, dass eine einmal wöchentliche Messung des INR-Wertes eine optimale Einstellungsqualität ermöglicht. Belege, dass noch kürzere routinemäßige Testintervalle, etwa mehrmals wöchentliche Testungen, die Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-RL verwiesen. Einstellungsqualität weiter verbessern, fehlen. Die wöchentliche Testung erlaubt es, Schwankungen der INR-Werte frühzeitig zu erkennen und diesen Schwankungen ggf. mit einer Medikamentenanpassung zu begegnen, bevor Komplikationen auftreten. Die wöchentliche INR-Kontrolle ist somit Standard im Selbstmanagement der oralen Antikoagulation mit Kumarin-derivaten (PSM)¹⁰. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-RL verwiesen. Die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme richtet sich nach dem ärztlichen Behandlungsplan. Dieser umfasst auch die Festlegung von Dauer und der Frequenz, weshalb für eine eigenständige davon abweichende Entscheidung der Pflegefachperson kein Entscheidungsspielraum besteht.	Schulung durchlaufen haben, geht an der Versorgungspraxis vorbei. Gerade auch hochaltrige oder immobilität Patient*innen, die ggf. aufwändig transportiert werden müssten, würden durch Messungen in der gewohnten häuslichen Umgebung profitieren. Wenn Pflegefachpersonen vor Ort Messungen durchführen und die Werte an den die HKP verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin übermitteln, würde dies den Aufwand für diese Patient*innen reduzieren und Kosten durch vermeidbare und belastende Transporte reduzieren.

Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV)	
01.07.2025	
2.9 Redaktionelle Anpassungen Als redaktionelle Anpassung werden im Richtlinientext die Spiegelstriche durch Nummern er-setzt	Sowie die Bezeichnung Pflegefachkraft durch die aktuelle Berufsbezeichnung des Pflegeberufes „Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Pflegefachperson ersetzt



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Änderung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage

Vom 16. September 2025

Vorsitz:	Herr Dr. van Treeck
Beginn:	10:30 Uhr
Ende:	10:42 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)

Herr Kranz

Herr Nehls

Bundesverband Kinderhospiz e. V. (BVKH)

Frau Kopitzsch

Herr Wiedenmann

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)

Frau Hach

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Willkommen im Unterausschuss Veranlasste Leistungen und bei der ersten Anhörung, Thema:

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Änderung der HKP-RL, beispielsweise zu Maßnahmen der parenteralen Ernährung und der Bronchiallavage.

Ich darf Ihnen kurz mitteilen, wie das bei der Anhörung abläuft: Es wird von der Anhörung ein Wortprotokoll erstellt, das wird auch nachher veröffentlicht. Wenn Sie gleich eine Wortmeldung haben, setzen Sie bitte ein X in den Chat, keine Hand heben, dann kann nämlich Herr Reuter, der neben mir sitzt, mir immer sagen, wer als Nächster an der Reihe ist, das macht uns das Leben leichter. Wenn Sie nicht sprechen, bitte das Mikro ausschalten, um Störgeräusche zu vermeiden. Und bevor Sie Ihren Wortbeitrag geben, bitte auch Ihren Namen nennen und die Institution, für die Sie sprechen, also die Anzuhörenden, damit das auch entsprechend im Protokoll vermerkt werden kann.

Ich werde jetzt zunächst damit beginnen aufzurufen, wer sich für die Anhörung angemeldet hat, und bitte Sie, mit „Ja“ zu bestätigen, wenn Sie da sind. Ich beginne mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Herrn Steven Kranz, ihn habe ich schon gesehen.

Herr Kranz (DGP): Ja.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank. – Herr Michael Nehls.

Herr Nehls (DGP): Ja, ist auch da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank. – Dann haben wir vom Bundesverband Kinderhospiz e. V. Franziska Kopitzsch. Ich sehe Sie, aber ich höre Sie noch nicht, sind Sie da? – Also genauer gesagt: Ich sehe Ihren Namen. Hören Sie uns? – Bislang nicht. Ich fahre fort: Herr Christian Wiedenmann sehe ich.

Herr Wiedenmann (BVKH): Ja, ich bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ja, guten Tag! – Und es gibt noch von der Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Frau Michaela Hach, sind Sie auch da?

Frau Hach (BAG-SAPV): Ich bin da, ja.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wunderbar. – Ich versuche es jetzt noch mal bei Frau Kopitzsch, wobei ja auch ihr Bundesverband vertreten ist. Frau Kopitzsch, hören Sie uns jetzt? – Sie hört uns nicht. Dann müssten wir aber trotzdem erst einmal so starten.

Vielleicht noch eine Vorbemerkung: Sie haben ja in Ihren Stellungnahmen auch unter anderem zur SAPV Stellung genommen. Das ist aber jetzt nicht Thema der heutigen Beratung. Sie brauchen auch nicht Ihre Stellungnahmen, die dem Unterausschuss bekannt sind, vollständig zu wiederholen. Wichtig wäre, dass Sie die wesentlichen Punkte aus Ihrer Sicht vielleicht noch einmal kurz zusammenfassen und dass, wenn Sie alle vorgetragen haben, der Unterausschuss im Nachgang Ihnen Fragen stellen kann, sofern nicht umfassend bereits durch Ihren Vortrag und die Stellungnahme beantwortet.

Ich schlage vor, dass die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin beginnt. Wer von Ihnen

beiden möchte vortragen?

Herr Kranz (DGP): Michael, magst du?

Herr Nehls (DGP): Mach gerne du, Steven.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also Herr Michael Nehls beginnt, okay?

Herr Nehls (DGP): Ich würde an Steven Kranz gerne als Ersten für die DGP übergeben.

Herr Kranz (DGP): Soweit ich mich erinnere, hatten wir dem Entwurf zugestimmt. In unserer Stellungnahme haben wir gar nichts weiter dazu geschrieben. Wir haben dem zugestimmt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es dennoch Punkte, die Ihnen besonders wichtig sind herauszuheben?

Herr Kranz (DGP): Von meiner Seite nicht. Michael, du?

Herr Nehls (DGP): Ja, es gibt einige Punkte, die wir durchaus teilen. Das betrifft die Stellungnahme der BAG-SAPV, wo einige Punkte von uns geteilt werden, so hatten wir es im Austausch auch benannt. Insbesondere geht es darum, dass der Begriff „Pflegefachperson“ genutzt werden sollte statt „Pflegefachkraft“.

Dann geht es um den Punkt, dass ergänzt wird, dass auch die SAPV mit dazugehört zu jenen, mit denen sich auszutauschen ist und die einzubeziehen ist. Das sind im Großen und Ganzen erst mal die wesentlichen Punkte.

Dann gibt's sicherlich noch in einzelnen Bereichen andere. Ich müsste jetzt tiefer in die Papiere einsteigen, einen kleinen Moment, bitte. – Das eine ist, dass auch wir teilen, dass in der Position „Medikamente verabreichen“ und „Medikamente herrichten“ zum einen deutlicher gemacht werden muss, dass beide auch getrennt voneinander verordnungsfähig sind. Hier erleben wir, dass die Krankenkassen dies nicht erkennen. Obgleich es mit a) und b) gekennzeichnet ist, sind in den Verhandlungen zu den Vergütungsvereinbarungen die Krankenkassen nicht bereit, hier eine Differenzierung in der Leistungsart bei der Unterart vorzunehmen. Da plädieren wir dafür, dass wir das ebenso als DGP vertreten, dass das in der Richtlinie deutlicher hervorgehoben wird, das war der eine Punkt.

Dann geht es darum – ich springe jetzt ein bisschen nach oben wieder, in den § 2, Inhalte und Ziele im Umfang der häuslichen Krankenpflege –, dass die Sicherstellung der Versorgung auch ergänzt wird in weit fortgeschrittenen Krankheitsphasen bzw. in der Prä- oder Finalphase, dass hier auch benannt ist, dass Begleitung, palliativpflegerische Begleitung, eine Basisbegleitung mit vorgesehen ist als verordnungsfähige Leistung, um stärker herauszustellen, dass auch die Basisbegleitung, die Basispalliativversorgung der häuslichen Krankenpflege, ohne jetzt den 24a dabei zu bemühen, grundsätzlich auch eine Leistung ist, die im Rahmen der Ziele nach § 2 mit verordnungsfähig ist.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt sehe ich, dass Franziska Kopitzsch – – Oder waren Sie noch nicht fertig? Entschuldigung, ich wollte Sie nicht unterbrechen. Hatten Sie noch etwas?

Herr Nehls (DGP): Na ja, es gibt noch ein paar kleine Punkte, aber wie gesagt, da richten wir uns gerne – oder orientieren wir uns gerne und hängen uns da inhaltlich der BAG-SAPV in der Stellungnahme an, das unterstützen wir.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay, danke schön, Herr Nehls. – Jetzt sehe ich Franziska Kopitzsch auch als Bild. Sie sind jetzt da und ich sehe an Ihrem Gesicht: Sie hören uns jetzt

auch? Jetzt sind Sie auch dran mit Ihrem Bundesverband Kinderhospiz. Möchten Sie vortragen oder Herr Wiedenmann – oder beide? – Dann, Frau Kopitzsch, legen Sie mal los.

Frau Kopitzsch (BVKH): Herr Wiedenmann fängt an, bitte.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Oder so.

Herr Wiedenmann (BVKH): Für uns war ganz wesentlich zum einen, dass bei der Fragestellung, bei den Infusionen, da ist ja die Formulierung „hiervon abweichen können die alleinige Flüssigkeitssubstitution“ usw., dass man dies als eine Soll-Vorschrift und nicht als eine Kann-Vorschrift nehmen sollte. Es ist nicht erkennbar, warum das nur als Kann-Vorschrift formuliert ist, finde ich – oder finden wir.

Dann hat uns ein bisschen gewundert wegen der Begrifflichkeiten auch, dass man unterschiedliche Begriffe für das Gleiche genommen hat, also dass man die Zustände, Symptome, Behandlungsbedürftigkeiten und Erkrankungen nebeneinander formuliert hat, dass man da versucht, vielleicht eine etwas einheitlichere Formulierung zu wählen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Können Sie noch mal die Begriffe nennen, bitte, wo Sie uneinheitlich – ich habe es nicht ganz verstanden.

Herr Wiedenmann (BVKH): Ja, okay. – Wir hatten Symptome, Behandlungsbedürftigkeiten, Erkrankungen ohne die nötige Trennschärfe verwandt. Das ist tatsächlich relativ wesensverwandt, sodass man versucht, das ein bisschen stärker zu differenzieren.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay, danke schön. – Und jetzt Frau Kopitzsch, oder haben Sie noch juristischerseits oder redaktionell – –

Herr Wiedenmann (BVKH): Nein, ansonsten wäre ich soweit durch.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Kopitzsch.

Frau Kopitzsch (BVKH): Ich danke Ihnen. – Von unserer Seite noch bei der medizinischen Ergänzung ging es darum, dass wir einen Spiegelstrich beifügen wollten, und zwar bei der Aufzählung bei den Patientinnen und Patienten, die eine – und dann gab es eine Aufzählung – und zu dieser Aufzählung hätten wir gern einen Spiegelstrich ergänzt, und zwar: „Liegt eine Minderjährigkeit vor?“, also Kinder und Jugendliche, die nicht unbedingt die oben genannten Einschränkungen haben.

Die Begründung ist, dass die Kinder und Jugendlichen mit einer bestimmten angeborenen Fehlbildung oder anderen lebenslimitierenden Erkrankung dies benötigen. Und da ging es darum, zum Beispiel bei der Gerinnungsstörung und bei der Bestimmung eines besonderen Wertes, dass es, um das vielleicht noch einmal zu ergänzen: Da geht es darum, wie bei diesem Wert, bei diesem sogenannten INR-Wert, geht es darum, wie dünnflüssig das Blut ist. Das bedeutet, es geht also um eine bestimmte Form der – oder um eine Blutverdünnung. Und das bedeutet eine besondere intensivmedizinische Pflege. Es braucht dafür auch ein bestimmtes geschultes Pflegepersonal.

Und deswegen war es uns so wichtig, das noch einmal zu ergänzen, weil das wesentlich ist bei Kindern und Jugendlichen. Dass es jetzt nicht einfach nur eine Medikamentengabe ist, sondern hier muss jemand diese Werte lesen können, sehr eng in Abstimmung sein und auch ein gutes geschultes Pflegekräftepersonal vorhanden sein. Deshalb die Ergänzung des Spiegelstriches.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Dann kommen wir jetzt zur Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Frau Hach.

Frau Hach (BAG-SAPV): Ja, vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen.

Im Wesentlichen würde ich aus unserer Stellungnahme herausheben wollen, dass man die Belange und auch die Aspekte der Palliativversorgung stärker auch in der Richtlinie zum Ausdruck bringt. Wir haben jetzt nicht Bezug auf die SAPV genommen, sondern wir haben sie nur an verschiedenen Stellen ergänzt, weil die Kooperation und Zusammenarbeit mit den SAPV-Teams ja auch wesentlich ist in der HKP, um hier im Prinzip die Versorgung auch abstimmen zu können und dass das in der Stellungnahme bzw. auch in der HKP zum Ausdruck kommt und an verschiedenen Stellen einfach die fortgeschrittenen Erkrankungen auch ergänzt werden. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Frau Hach. – Dann gebe ich jetzt frei an den Unterausschuss, der jetzt die Möglichkeit hat, Fragen an Sie zu richten. – Ich schaue in Gesichter, deren Fragen alle beantwortet sind. Ich glaube, Fragen seitens des Unterausschusses liegen nicht vor. Dann danke ich Ihnen dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben heute. Und wir werden natürlich Ihre Ausführungen in den weiteren Beratungen berücksichtigen, soweit wir dem folgen können.

Danke schön! Ich wünsche noch einen schönen Tag!

Schluss der Anhörung: 10:42 Uhr