

**Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen
und
Wortprotokoll der mündlichen Anhörung vom
23. Januar 2013**

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

Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Stand: 23. Januar 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original: <i>Dr. Dege</i>			
Kopie:			
Eingang: 13. Juli 2012			UP
GF	M-VL	QS-V	AM
P/Ö	Recht	FB-Med.	Verw.



ABVP e.V. Bundesgeschäftsstelle · Gosseriede 13 · 30159 Hannover

Gemeinsamer Bundesausschuß
Kati Dege
Postfach 120606
10596 Berlin

Bundesgeschäftsstelle

Ihr Ansprechpartner: Matthias Rump
Zeichen: mr
Telefon: (05 11) 515 111-106
Datum: 12. Juli 2012

Ihr Schreiben vom 15.06.2012 Stellungnahmeverfahren vor einer Entscheidung des GBA zur Richtlinienänderung zur Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion.

Sehr geehrte Frau Dege,

wir danken Ihnen für die Zusendung der Unterlagen betreffend die beabsichtigte Richtlinienänderung der Verordnungsfähigkeit von subkutanen Infusionen. Ebenso freuen wir uns auf Ihre abschließende Antwort bezüglich der Einsichtnahme in die angeführten Literaturquellen.

Der ABVP sieht die optionale Verordnung einer subkutanen primär als Ergänzung für das Leistungsportfolio im Rahmen der Ambulanten Pflege an. Kritik äußern wir an den folgenden Aspekten :

In den Ausführungen des GBA wird der beabsichtigte Ordnungsrahmen subkutaner Infusionen sehr stark eingeschränkt. Insbesondere die avisierte Nichtberücksichtigung der Möglichkeit, sterbende Patienten während deren letzten Lebenstagen mit subkutanen Infusionen zur Symptomkontrolle oder subkutanen Medikamentengaben versorgen zu können, stößt beim ABVP auf Ablehnung.

Subkutane Infusionen können dazu beitragen, dass unnötige Krankenhausaufenthalte und etwaige nosokomiale Infektionen o. ä. vermieden werden. Häufige Einweisungsdiagnosen für Krankenhauseinweisungen durch Hausärzte sind vorhandene oder drohende Dehydratationen von Pflegebedürftigen bei Fieber, Diarrhoe oder vorübergehenden physischen Schwächen, die eine orale Flüssigkeitszufuhr erschweren.

Wir sind die Ambulanten

Bundesgeschäftsstelle
Gosseriede 13
30159 Hannover
Tel. 05 11 / 515 111-0
Fax 05 11 / 515 111-8109
<http://www.abvp.de>
dialog@abvp.de

Geschäftsstelle Nord
Gosseriede 13
30159 Hannover
Tel. 05 11 / 515 111-120
Fax 05 11 / 515 111-8129
<http://www.abvp.de>
reg.nord@abvp.de

Geschäftsstelle Süd
Schwanthalerstraße 14
80336 München
Tel. 05 11 / 515 111-160
Fax 05 11 / 515 111-8169
<http://www.abvp.de>
reg.sued@abvp.de

Geschäftsstelle Ost
Tieckstraße 37
10115 Berlin
Tel. 05 11 / 515 111-130
Fax 05 11 / 515 111-8139
<http://www.abvp.de>
reg.ost@abvp.de

Geschäftsstelle West
Mosbacher Str. 20
65187 Wiesbaden
Tel. 05 11 / 515 111-150
Fax 05 11 / 515 111-8159
<http://www.abvp.de>
reg.west@abvp.de

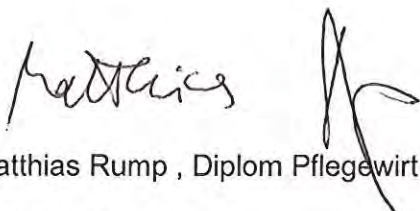
In diesen Fällen sollte in den Augen des ABVP ein weiter gefasster Indikationsrahmen in die Richtlinie mit einfließen, der neben geriatrischen Dispositionen und Diagnosen ebenfalls Funktionseinschränkungen durch Dysphagien und Mobilitätsstörungen in der Folge neurologischer Erkrankungen oder temporäre funktionelle Einschränkungen berücksichtigt.

Darüber hinaus sollte es unserer Auffassung nach keine zeitliche Befristung der Leistung geben. Die subkutane Infusion muss nach Abwägung des Arztes auch länger anwendbar sein, um insbesondere pflegebedürftigen Betroffenen den Verbleib in Ihrem primären Wohn- und Versorgungsumfeld zu ermöglichen.

Das optionale Anlegen und Überwachen von subkutanen Infusionen kann Pflegedienste in Zusammenarbeit mit Ärzten adäquat bei der Bewältigung von temporären Flüssigkeitsdefiziten pflegebedürftiger unterstützen. Verbindliche Qualifikationsvoraussetzungen und entsprechende Entgelte sollten die Durchführung dieser pflegerisch-medizinischen Intervention sicherstellen – dies ist unserer Meinung nach nur möglich, wenn ausschließlich examinierte Pflegekräfte eine subkutane Infusionen an- bzw. abhängen und überwachen.

Abschließend wird seitens des ABVP angeregt pflegewissenschaftliche Untersuchungen oder Studien im Kontext der ambulanten pflegerischen Versorgung anzustoßen. Schwerpunkt sollte die Überprüfung bzw. Übertragungsfähigkeit der Ihrerseits erwähnten Ergebnisse aus internationalen stationären Untersuchungs-Settings in die deutsche häuslich-ambulante Versorgungslandschaft sein, um weitere Indikationen oder Einsatzgebiete systematisch zu definieren.

Mit freundlichen Grüßen



Matthias Rump , Diplom Pflegewirt (FH)

Fachreferent Pflege

APH Bundesverband e.V. | Karlsruher Straße 2b | 30519 Hannover
Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 120606

10596 Berlin

-vorab per E-Mail an: hkp@g-ba.de, kati.dege@g-ba.de

Hannover, 18.06.2012

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, hier: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion; Ihr Schreiben vom 15.06.2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für den mit o.g. Schreiben übersandten Beschlussentwurf nebst Beschlussbegründung und die Möglichkeit der Stellungnahme.

Die Einführung einer eigenen Leistungsposition für subkutane Infusionen wird grundsätzlich begrüßt.

Die Begrenzung von Dauer und Häufigkeit auf 7 Tage wird jedoch gerade den Indikationen subkutaner Infusionen nicht gerecht. Vielfach wird diese bei Patienten verordnet, welche eine stark schwankende, tagesformabhängige orale Flüssigkeitsaufnahme aufweisen. Hier werden subkutane Infusionen eben gerade nicht als tägliche Dauerinfusion verordnet, sondern als Bedarfsinfusion für den Fall, dass eine vorher definierte Mindesteinfuhrmenge aufgrund der Tagesform des Patienten nicht allein durch orale Flüssigkeitszufuhr gedeckt werden kann und durch subkutane Infusionen ergänzt werden muss.

Die Ausweitung der Verordnungsfähigkeit auf die oben benannten Fälle über einen Zeitraum von 7 Tagen hinaus, würde auch die dortige Intention der Verhinderung des Einsatzes subkutaner Infusionen als Dauerinfusion nicht gefährden.

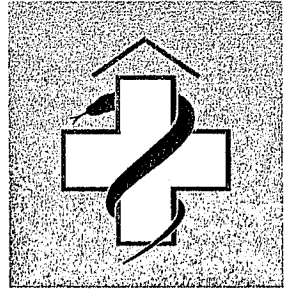
Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e.V.



Timo Stein
Bundesgeschäftsführer



Christian Krinke
Referent



B.A.H.

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Cicerostraße 37

10709 Berlin

B.A.H. – Cicerostraße 37 – 10709 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Fr. Dr. Dege

Postfach 120606

10596 Berlin

Telefon (030) 369 92 45 - 0

Telefax (030) 369 92 45 - 15

Berlin, den 13.07.2012.

Betreff: Stellungnahme zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Dr. Dege,

wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den im Schreiben vom 15. Juni 2012 enthaltenen Änderungsvorschlägen betreffend die Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 7 SGB V hier: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion.

Grundsätzlich begrüßt die B.A.H. die geplante Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie besonders vor dem Hintergrund, das durch die Verordnungsfähigkeit dem Grundsatz nach - ambulant - vor stationärer Behandlung einer mittelschweren Dehydrierung in der ambulanten Versorgung wirkungsvoll begegnet werden kann, ohne dass der Patient einer weiteren stationären Behandlung bedarf.

Die geplante Leistungsbeschreibung **Infusion, s.c.** sollte jedoch im Hinblick auf die nachfolgend genannten Kritikpunkte geprüft und gegebenenfalls ergänzt werden.

In den Eckpunkten der Entscheidung werden bereits zahlreiche Indikationen und Kontraindikationen zur Verordnungsfähigkeit ausgeführt sowie die Behandlungsdurchführung erläutert. Hieraus entstehen zwei zentrale Fragestellungen, die zwingend vor Inkrafttreten der Änderung geklärt werden müssen.

1. Die Fachliteratur spricht von in der Regel 500 ml Infusionsflüssigkeit pro Punktionsstelle. Die Eckpunkte führen zur Entscheidung folgendes aus: bis zu 2 l Flüssigkeit können pro Tag gegeben werden. Das würde für die Praxis bedeuten, dass bis zu 4 Infusionsflaschenwechsel erfolgen müssten inkl. der Anlage neuer Punktionsstellen/Kanülen.
2. In welchen Zeitabständen muss eine Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge erfolgen, daraus ergibt sich u.a. auch die Häufigkeit bzw. der Umfang der Leistungserbringung und die in diesem Zusammenhang stehende Vergütungsregelung.

..Seite 2

3. Aufgrund unterschiedlichster Grunderkrankungen können wir uns vorstellen, dass eine auf 7 Tage beschränkte Verordnungsfähigkeit nicht ausreichend sein kann. Wir schlagen deshalb vor, eine Verlängerung der Dauer über den Zeitraum von 7 Tagen in begründeten Fällen aufzunehmen.

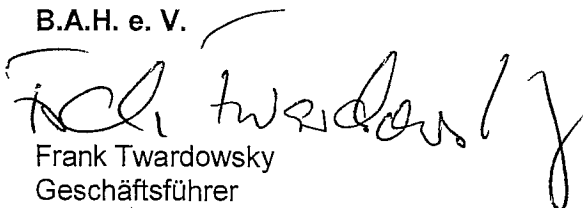
Wir könnten uns vorstellen, dass - ähnlich bereits anderer vergleichbarer Leistungsbeschreibungen - es sinnvoll wäre, folgende Formulierung mit aufzunehmen:

Die Häufigkeit der Anlage bzw. Neuanlage der s.c. Infusion mit Punktionsstellenwechsel sowie die Kontrolle der Infusion erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Infusionstherapie.

Zu ergänzen wäre die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme durch: Die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme steht in direktem Zusammenhang mit der ärztlichen Verordnung.

Mit freundlichen Grüßen

B.A.H. e. V.



Frank Twardowsky
Geschäftsführer

Stellungnahme

des

Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. –

bpa

zum

Beschluss

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
vom 10. Mai 2012**

**über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens
vor einer Entscheidung zur Änderung der
Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien:**

**- Subkutane Infusionen
(Aufnahme der Nummer 16a im Leistungsverzeichnis)**

Berlin, den 16.07.2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 10. Mai 2012 eine Änderung der Richtlinie Häusliche Krankenpflege beschlossen und den bpa zu einer Stellungnahme aufgefordert. Der bpa bedankt sich für die Berücksichtigung und nimmt zu der Änderung in Folge Stellung. Zunächst werden die Änderungsvorschläge entsprechend den Spalten der Richtlinie erläutert und begründet. Am Ende der Stellungnahme befindet sich die geänderte neue Fassung der Ziffer 16a der Richtlinie.

Einführung der Nummer 16a (subkutane Infusionen) in das Leistungsverzeichnis der Richtlinie Häusliche Krankenpflege

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 10. Mai 2012 beschlossen, die Richtlinie Häusliche Krankenpflege zu ändern und im Leistungsverzeichnis unter der (neuen) Nummer 16a die subkutanen Infusionen als verordnungsfähige Leistungen aufzunehmen.

Die Berücksichtigung der subkutanen Infusionen als verordnungsfähige Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird vom bpa begrüßt.

In der Vergangenheit hat der bpa immer wieder auf die Notwendigkeit der Aufnahme der Leistung in die Richtlinie Häusliche Krankenpflege hingewiesen und diese eingefordert; so zuletzt auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur SAPV-Richtlinie (Stellungnahme vom 15.10.2007). Aufgrund der mangelnden Ausgestaltung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V kann der Arzt bestimmte Leistungen kaum oder nur erschwert an Pflegedienste delegieren. Hierzu gehören auch die fehlenden Leistungen der intensivpflegerischen Versorgung sowie (palliative) grundpflegerische Leistungen. Bislang fehlte hier auch eine Regelung/Finanzierung für die Leistung der subkutanen Infusionen. Eine Überarbeitung der Richtlinie war daher dringend erforderlich.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Nr. 16a

Die Leistungsbeschreibung, Punkt 1

Die Formulierung: „Legen, Anhängen, Wechseln...“ ist missverständlich in Bezug auf die tatsächlich regelhaft erbrachten Leistungen. Die Tätigkeit des Abhängens sollte neben dem Wechseln eindeutig benannt werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

Die Leistungsbeschreibung, Punkt 2 in Verbindung mit Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ wird unter **Punkt 2** die „**Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge**“ aufgeführt. Die Kontrolle der Laufgeschwindigkeit

der Flüssigkeit bedarf jedoch einer genauen Überwachung des Patienten. Aufgrund des herrschenden Flüssigkeitsdefizites kann die Laufgeschwindigkeit i. d. R. nur gering eingestellt werden. Die Infusion kann somit vier bis fünf Stunden andauern. Bewegt sich der Patient während dieser Zeit, kann sich die Laufgeschwindigkeit verändern (insbesondere auch bei unruhigen Demenzpatienten). Die Kontrolle der Laufgeschwindigkeit erfordert alleine daher mehrmalige Einsätze der Pflegefachkraft. Diese ist entsprechend zu berücksichtigen und daher sollte die tägliche Leistungserbringung auf mindestens 2x, zum Anhängen / Abhängen oder Wechseln der Infusion und zur Kontrolle der Laufgeschwindigkeit, entsprechend diesen Erfordernissen festgeschrieben werden.

Spalte „Bemerkung“, Punkt „Indikation“, hier „Mittelschwere Exsikkose“

Die Verordnungsfähigkeit der Leistung greift nach der hier vorgesehenen Änderung sehr spät, nämlich erst beim Vorliegen einer „mittelschweren Exsikkose“. Des Weiteren werden in der Spalte „Bemerkung“ als Erkrankungen/Begleiterscheinungen Fieber und Diarrhoe benannt. Beim Vorliegen der genannten Indikationen erfolgt in der Praxis häufig die Einweisung des Patienten ins Krankenhaus. Insoweit ist davon auszugehen, dass beim Vorliegen der genannten Indikationen eine erfolgreiche, die Krankenhauseinweisung vermeidende, ambulante Infusionstherapie nicht immer ausreichend sicherzustellen ist und daher regelhaft frühzeitiger ansetzen muss.

Der Begriff „mittelschwer“ ist zudem nicht klar definiert. In der Pflege werden drei Formen der Exsikkose unterschieden: hypotone Dehydratation, isotone Dehydratation und hypertone Dehydratation. Die subkutanen Infusionen werden vom Arzt in der Regel aufgrund der Laborwerte des Blutes veranlasst. Die Interventionsmöglichkeit der subkutanen Infusion muss den Zustand der mittelschweren Exsikkose zu verhindern suchen. Daher ist die Formulierung „leichte“ Exsikkose zur Vermeidung einer mittelschweren Exsikkose sachgerecht und zu verwenden. Ist eine mittelschwere Exsikkose eingetreten und lassen es die Begleitumstände zu, ist diese ebenfalls durch eine subkutane Infusion nach ärztlicher Verordnung zu behandeln.

Spalte „Bemerkung“, Punkt „Indikation“, hier „bei geriatrischen Patienten“

Es ist zutreffend, dass die Therapie der s.c. Infusionen überwiegend bei geriatrischen Patienten eingesetzt wird. Insofern ist deren Aufzählung als Patientengruppe gerechtfertigt. Allerdings kann es auch jüngere Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten oder psychischen Beeinträchtigungen geben, die einer entsprechenden Therapie bedürfen. Insofern ist die Zielgruppe weiter zu fassen.

Die Vermeidung einer mittelschweren Exsikkose, aufgrund negativer Flüssigkeitsbilanz, ist bei geriatrischen Patienten nicht nur bei akuter Erkrankung, sondern oftmals auch bei vermehrtem Schwitzen (z. B. in Hitzeperioden) angezeigt. Auch dieser Faktor ist daher zu berücksichtigen. Dieses Phänomen der sommerlichen Hitzeperioden ist insbesondere für entsprechend eingeschränkte pflegebedürftige Personen ein besonderes Risiko, weshalb es 2009 in Frankreich zu einer Vielzahl von Todesfällen bei diesem Personenkreis gekommen

ist. Daher schlägt der bpa vor, auch auf die Exsikkose bei akuter Erkrankung zur Vermeidung der Verschlimmerung der Erkrankung bzw. der Exsikkose zu rekurren.

Spalte „Bemerkung“, Punkt „Indikation“

Neben leichten und der mittelschweren Exsikkose gibt es weitere Indikationen, bei denen die subkutanen Infusionen medizinisch indiziert sind. Hierbei handelt es sich um

- vermehrten Flüssigkeitsbedarf, z.B. bei Fieber, Erbrechen, starkem Schwitzen oder Durchfall,
- vorübergehende Schluckstörungen bei neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall oder Morbus Parkinson, wenn keine Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde vorliegt, z.B. bei absehbarer Zustandsbesserung oder sehr kurzer verbleibender Lebenserwartung und
- Überbrückung bis zur Anlage einer PEG, wenn keine i.v.-Zufuhr möglich ist.

Diese Indikationen sind zusätzlich aufzunehmen.

Spalte „Bemerkung“, Kontraindikationen, hier „Terminale Sterbephase“

Als Kontraindikation wird die „terminale Sterbephase“ aufgeführt. In Einzelfällen trifft dies sicherlich zu, jedoch kann die terminale Sterbephase in keinem Falle regelhaft als Kontraindikation gelten. Dies würde bedeuten, die Patienten an ihrem Lebensende regelhaft dehydrieren zu lassen. Zudem ist die Abgrenzung zwischen Sterbephase und terminaler Sterbephase nicht eindeutig. Daher ist der Punkt „Terminale Sterbephase“ zu streichen.

Spalte „Bemerkung“, Kontraindikationen, hier „Erleichterung der Pflege“

In der Spalte „Bemerkung“ wird unter „Kontraindikationen“ der Punkt **„zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege“** angeführt. Die Dehydrationsprophylaxe und der Expertenstandard „Ernährung“ in der Pflege leiten bereits im Vorfeld geeignete Verfahren und Handlungsanweisungen ein, sofern der Patient pflegerisch versorgt wird. Die Pflegekraft initiiert das Gespräch mit dem Arzt, wenn die pflegerischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Dann verordnet dieser die medizinisch indizierten Maßnahmen. Mit der hier aufgenommenen Formulierung würde unterstellt, dass die Pflege ihren Aufgaben nicht nachkommt und der Arzt wider besseren Wissens eine Verordnung häuslicher Krankenpflege ausstellt. Der Punkt ist daher ersatzlos zu streichen.

Spalte „Bemerkung“, Verlaufsbogen erforderlich

Unter „Bemerkung“ wird aufgeführt, dass ein Verlaufsbogen für die s.c. Infusionen erforderlich ist. Ein eigenes zusätzliches Verlaufsprotokoll für die subkutanen Infusionen entspricht einer Doppeldokumentation und ist nicht erforderlich. Die durchgeführten

medizinisch-pflegerischen Maßnahmen werden in der Pflegedokumentation bereits festgehalten und sind somit ausreichend dokumentiert. Der Punkt „Verlaufsbogen erforderlich“ ist daher zu streichen.

Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“

Die Beschränkung „bis zu 7 Tage“ ist aufzuheben. Im Bedarfsfall muss die Leistung, auch über die Dauer von einer Woche hinaus, verordnungsfähig sein können. Insbesondere bei geriatrischen Patienten kann die Maßnahme (z. B. während einer Hitzewelle) auch über einen längeren Zeitraum erforderlich sein.

Zudem bedarf es bei s.c. Infusionen wie bereits ausgeführt des mehrmaligen täglichen Einsatzes der Pflegekräfte. Die Infusion muss an- und abgehängt und im Bedarfsfall gewechselt werden. Auch die Kontrolle der Laufgeschwindigkeit erfordert die Anwesenheit einer Pflegekraft. Insofern ist die Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ zu ändern in:

Mindestens 2x täglich.

Berlin, den 16.07.2012

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
16a.	<p>Infusionen, s.c.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legen, Anhängen, Abhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution • Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge • Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Abhängen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung 	<p>Auf der Verordnung ist der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben.</p> <p><u>Indikationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leichte Exsikkose zur Vermeidung oder Behandlung von mittelschweren Exsikkosen bei negativer Flüssigkeitsbilanz (bei akuter Erkrankung oder zur Vermeidung der Verschlimmerung der Erkrankung, bzw. der Exsikkose z.B. bei Fieber, Diarrhoe), mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten sowie bei kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen. - vermehrter Flüssigkeitsbedarf, z.B. bei Fieber, Erbrechen, starkem Schwitzen oder Durchfall - vorübergehende Schluckstörungen bei neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall oder Morbus Parkinson, wenn keine Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde vorliegt, z.B. bei absehbarer Zustandsbesserung oder sehr kurzer verbleibender Lebenserwartung - Überbrückung bis zur Anlage einer PEG, wenn keine i.v.-Zufuhr möglich ist <p><u>Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwere Dehydratation • Dekompensierte Herzinsuffizienz • Dekompensierte Niereninsuffizienz • Koagulopathien 	<p>Bis zu 7 Tage</p> <p>Entsprechend der ärztlichen Verordnung mindestens 2x täglich</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Kreislaufschock• Langfristiger Flüssigkeitsbedarf• Terminale Sterbephase• zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege• Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie <p>Verlaufsbogen erforderlich.</p>	
--	--	--	--

Stark für
die Pflege



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung & veranlasste Leistungen
Frau Dr. K. Dege
Wegelystraße 8

10623 Berlin

Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Telefon (030) 219 15 70
Telefax (030) 219 15 777
www.dbfk.de
dbfk@dbfk.de

C. Pohl
pohl@dbfk.de

Berlin, 16.07.2012

Stellungnahme des DBfK zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

hier: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,
vielen Dank für die Zusendung der Unterlagen zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) nimmt zu der vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Aufnahme der subkutanen Infusion für den Bereich der häuslichen Krankenpflege wird begrüßt. Es handelt sich um eine in der stationären Versorgung gängige Behandlungsmaßnahme, deren Einführung für den ambulanten Sektor als überfällig angesehen wird. Insbesondere für geriatrische Patienten mit akutem Flüssigkeitsmangel oder mit einem Mehrbedarf an Flüssigkeit handelt es sich hierbei um eine gute Behandlungsmöglichkeit. Speziell bei Palliativpatienten wird diese Maßnahme angewandt, um das geäußerte Durstgefühl zu lindern, wenn Mundpflege diesen Effekt nicht erzielt, z.B. weil der Flüssigkeitsverlust durch anhaltendes Schwitzen, Durchfall oder Erbrechen gegeben ist. Die subkutane Infusion stellt zudem gerade bei Palliativpatienten eine Möglichkeit dar, Analgetika zu verabreichen.

Vor diesem Hintergrund sind unter **Indikationen** neben der mittelschweren Exsikkose weiterhin aufzunehmen:

- vermehrter Flüssigkeitsbedarf, z.B. bei Fieber, Erbrechen, starkem Schwitzen oder Durchfall
- vorübergehende Schluckstörungen bei neurologischen Erkrankungen, wie Schlaganfall oder Morbus Parkinson, wenn keine Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde vorliegt z.B. bei absehbarer Zustandsbesserung oder sehr kurzer verbleibender Lebenserwartung
- Überbrückung bis zur Anlage einer PEG, wenn keine i.v.-Zufuhr möglich ist.

Unter **Kontraindikationen** ist die

- Terminale Sterbephase zu streichen.

Nachweise:

Erllass des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF - I/B/6 (Gesundheitsberufe, Fremdlegistik)), Wien 2005
[http://217.196.146.101:8081/bibliothek/Pflege/Diverses/050401%20bmgf%2092251_0017-I B 6 2005%20Subkutane%20Infusion%20Erlass.pdf?u=](http://217.196.146.101:8081/bibliothek/Pflege/Diverses/050401%20bmgf%2092251_0017-I_B_6_2005%20Subkutane%20Infusion%20Erlass.pdf?u=)

Frühwald, Th. (2001): Ist die subkutane Infusion eine praktische Alternative in der Geriatrie. Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (3)
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:mZGnm8ERsLkJ:www.kup.at/kup/pdf/873.pdf+%22subkutane+Infusion%22&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESgpBeksT90Qkd_xxIIvJvYADg2bbPHT3FBzZmFW-QcUDZN7KMMSI-64wMVyeh2xSFPkJkQwkhIU4YSSTTaLXQaJyRXFVv_BFrmBKzrZ6TtnQeYu0U7zmzp7MFqRbZq-EkB9VMN&sig=AHIEtbTjZ1wTzXsa8OaA_NsnWivA5MFLpw

arznei-telegramm (2005): MEDIKAMENTÖSE THERAPIE VON TUMORSCHMERZEN (II); Jg. 36, Nr. 3 S. 28

<http://www.arznei-telegramm.de/register/0503027.pdf>

„In Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin wird für Patienten, die Morphin nicht per os zu sich nehmen können, die subkutane Infusion als bevorzugter Applikationsweg empfohlen.1,2 ...“

Des Weiteren sehen wir die beschränkte **Dauer und Häufigkeit** von bis zu 7 Tagen ebenfalls als kontraindiziert an. Vermehrter Flüssigkeitsbedarf, wie unter den zu ergänzenden Indikationen aufgeführt, tritt meist intermittierend auf. Hier erfolgt eine Bedarfsmedikation durch den Arzt. Der Bedarf wird entweder durch zu geringe Flüssigkeitsaufnahme (z.B. bei Demenz mit tageweiser Nahrungsverweigerung) ausgelöst oder durch erhöhten Bedarf (z.B. heißer Sommertag mit starkem Schwitzen). Der Bedarf ist sehr variabel und kann pro Woche mehrmals auftreten oder an aufeinander folgenden Tagen sowie mit kürzeren oder längeren Pausen. **Der DBfK schlägt die Streichung von „bis zu 7 Tagen“ vor.**

Nicht erkennbar ist, welche gesonderten Informationen im **Verlaufsbogen** zu dokumentieren sind. Aus unserer Sicht ist es Aufgabe des behandelnden Arztes, die Erforderlichkeit einer Therapie sowie seine Wirksamkeit zu überprüfen und zu dokumentieren. Der Pflegedienst trägt die Durchführungsverantwortung. Diese korrekte Durchführung ist zu dokumentieren – in gleicher Weise wie es für alle anderen Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege gilt.

Mit der gesonderten Aufführung des Verlaufsprotokolls sieht der DBfK die Gefahr, dass ein bürokratischer Dokumentationsaufwand - abhängig von persönlichen Vorstellungen von MDK-Prüfern oder Mitarbeitern der Krankenkassen - erwachsen kann. Die Sorge besteht auch dahingehend, dass Kassen die Erforderlichkeit eines Verlaufsprotokolls bereits vor Beginn der Maßnahme sehen, sozusagen als Begründung für die Leistungsbewilligung.

Um den Verwaltungsaufwand nicht auszuweiten, ist der Verlaufsbogen zu streichen.

Mit den derzeit vorgesehenen Regelungen ist zu befürchten, dass die Leistung der subkutanen Infusion nicht in Anwendung gelangt, weil

1. die häufigsten Indikationen nicht aufgeführt werden und
2. eine 7 Tage-Beschränkung nicht den Erforderlichkeiten in der Praxis entspricht.

Zudem entsteht unnötiger Bürokratieaufwand mit über die normale Durchführungsdokumentation hinausgehenden Verlaufsbögen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie, die von uns vorgebrachten Anmerkungen zu berücksichtigen und stehen Ihnen für weitere Fragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Pohl
Referentin



Zur geplanten Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses: Verordnungsfähigkeit einer subcutanen Infusion

Der Deutsche Caritasverband nimmt die nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung vorgesehene Gelegenheit zur Stellungnahme vor einer abschließenden Entscheidung über folgende Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) wahr.

Geplante Änderung:

Nach der bisher geltenden Fassung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie ist die subkutane Infusion keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Die Anlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege soll dahingehend geändert werden, dass die subkutane Infusion in das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege aufgenommen wird. Indikation für die s.c. Infusion ist eine mittelschwere Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband befürwortet die Aufnahme der subcutanen Infusion in das Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege. Die Leistung s.c. Infusion wird schon seit Jahren im Rahmen der ärztlich delegierbaren Leistungen von den ambulanten Pflegediensten relativ häufig erbracht, vor allem, um einen Verbleib

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Abteilung Soziales und Gesundheit
Theresia Wunderlich

Kontakt:
Thomas Hiemenz
Referat Altenhilfe, Behindertenhilfe
und Gesundheitsförderung

Telefon-Durchwahl 0761 200-381
thomas.hiemenz@caritas.de

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.
Lorenz-Werthmann-Haus
Telefon-Zentrale (07 61) 2 00-0

in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Allerdings gibt es in der Abrechnung dieser Leistung immer wieder Probleme, da einzelne Krankenkassen unterschiedlich damit umgehen. Die geplante Änderung bringt den ambulanten Pflegediensten deutlich mehr Rechts- und damit Handlungssicherheit.

Bewertung

Leistungsbeschreibung:

Die Verordnungsfähigkeit der subcutanen Infusion bei einer mittelschweren Exsikkose mit negativer Flüssigkeitsbilanz und gleichzeitigem damit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs bei potenzieller Reversibilität ist sachgerecht. Die Tragenden Gründe weisen aus, dass überwiegend geriatrische Patienten von der Verordnungsfähigkeit profitieren werden, jedoch die Verordnungsfähigkeit nicht „explizit“ auf diese Personengruppe beschränkt ist. Um Unklarheiten bezüglich der Verordnungsfähigkeit der Leistung für bestimmte Personengruppen zu vermeiden, schlägt der Deutsche Caritasverband vor, das Wort „explizit“ zu streichen.

Die Leistungsbeschreibung benennt Legen, Anhängen, Wechseln sowie das abschließende Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution als Leistungselemente. „Legen“/ „Anhängen“, „Wechseln“ und „Entfernen“ der Infusion sind drei zeitlich voneinander getrennte Leistungen, die in getrennten Einsätzen erbracht werden. Sie müssen auch gesondert abrechenbar sein. Die Erfahrung zeigt, dass die Krankenkassen für das „Legen/ Anhängen, Wechseln und Entfernen (drei Einsätze werden gefahren) in der Regel nur einen Einsatz vergüten, obwohl drei Anfahrten und Zurüstungen erfolgen. Alleine die Laufzeit einer s.c. Infusion zeigt deutlich, dass mehrere Einsätze durch den ambulanten Dienst nötig sind. Dies muss bereits in der Leistungsbeschreibung klargestellt werden. Darüber hinaus fehlt bei der Leistungsbeschreibung das „Vorbereiten“ der s.c. Infusion, die ebenfalls als Einzelposition abrechenbar sein muss.

Weiter gilt zu bedenken, dass die s.c. Infusion grundsätzlich sehr langsam zu applizieren ist und daher gegebenenfalls mehrere Anfahrten zur Krankenbeobachtung notwendig sind. Daher wäre es wichtig, dass die Häufigkeit der Hausbesuchskontrollen und/oder Krankenbeobachtung mit einem zeitlich zu beziffernden Umfang in die Spalte "Dauer und Häufigkeit der Maßnahme" aufgenommen wird.

Lösungsvorschlag:

„**Vorbereiten oder** Legen, Anhängen **oder** Wechseln **oder** abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution“.

Aufnahme in die Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: **Häufigkeit Hausbesuchskontrollen und/oder Krankenbeobachtung mit bis zu x täglich**

Kontraindikationen

Bei den aufgeführten Kontraindikationen werden Patienten in der terminalen Sterbephase ausdrücklich von der Leistung ausgenommen. Subkutane Infusionen in der Palliativversorgung dienen jedoch nicht nur der Flüssigkeitszufuhr, sondern werden bei den Patienten vor allem verabreicht, um eine Schmerzmedikation durchzuführen. Dieser Aspekt findet sich in der Vorlage nicht wieder. Zudem ist es in bestimmten Konstellationen durchaus indiziert, dass Patienten in der terminalen Sterbephase behutsam Flüssigkeit zugeführt bekommen, sofern der Arzt dies für *angemessen* hält. Da die HKP-Leistung der s.c. Infusion nur auf ärztliche Anordnung und nach ärztlicher Inaugenscheinnahme des Patienten vorgenommen werden kann, besteht die Gefahr einer medizinisch

nicht-indizierten Flüssigkeitszufuhr nicht. Die terminale Sterbephase als Kontraindikation ist daher zu streichen.

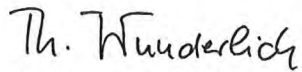
Aufzuführen wäre als weitere Kontraindikation „Ascites“

Lösungsvorschlag:

Streichung der „terminalen Sterbephase“ als Kontraindikation

Ergänzung „Ascites“ als Kontraindikation

Freiburg, 12.07.2012



Theresia Wunderlich
Abteilungsleiterin

Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Carstennstr. 58 - 12205 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per E-Mail an:
hkp@g-ba.de
kati.dege@g-ba.de

Berlin, 11.07.2012

**Stellungnahme zur Veränderung der Richtlinie zur häuslichen
Krankenpflege**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das DRK begrüßt die Aufnahme der Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V.

Unter Punkt 16 a Leistungsbeschreibung sind 3 Maßnahmen zur Leistung "Infusionen s.c." beschrieben.

Nicht aufgeführt werden die Maßnahmen Information/Beratung/Anleitung der Patienten bzw. Angehörigen und die allgemeine bzw. spezielle Patientenbeobachtung in Bezug auf die durchgeführte Leistung.

Diese sind ebenfalls Bestandteil der Leistung "Infusionen s.c." und sollten dementsprechend Beachtung finden und aufgeführt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Tobias Nowoczyn
Bereichsleiter Jugend und Wohlfahrtspflege

Generalsekretariat

Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel. +49 30 85404-0
www.DRK.de
drk@DRK.de

Präsident
Dr. rer. pol. h.c. Rudolf Seiters

Vorsitzender des Vorstands
Clemens Graf v. Waldburg-Zeil

Vorstand
Bernd Schmitz

Bereich/Team
42
Bearbeiter
Andreas Elvers
Durchwahl
-315
Fax
030 85404-486
E-Mail
elversa@drk.de

Bank für Sozialwirtschaft Köln
BLZ 370 205 00
Konto 50 233 00

Landesbank Berlin AG
BLZ 100 500 00
Konto 60 000 9999 0

Deutsche Bank Bonn
BLZ 380 700 59
Konto 0 580 050

Diakonisches Werk der EKD e.V.
Postfach 33 02 20 | 14172 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Kati Dege
Postfach 120606
D-10596 Berlin

Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege

Erika Stempfle
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 830 01-357
Telefax: +49 30 830 01-444
stempfle@diakonie.de

Berlin, 13. Juli 2012

**Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und
Abs. 7 SGB V
hier: Ihr Schreiben vom 15.06.2012**

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

Telefon: +49 30 830 01-0
Telefax: +49 30 830 01-222
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Ihr Schreiben vom 15.06.2012 haben wir dankend erhalten. Wir möchten Sie bitten,
nachfolgende Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD entsprechend
weiterzuleiten.

Registergericht:
Amtsgericht Stuttgart
Vereinsregister 3209

1. Stellungnahme zu den geplanten Änderungen

Nach der bisher geltenden Fassung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie
ist die subkutane Infusion keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Die Anlage
der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von
häuslicher Krankenpflege soll dahingehend geändert werden, dass die subkutane
Infusion nun in das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege
aufgenommen wird.

Ev. Kreditgenossenschaft
Stuttgart
Konto-Nr. 405 000
BLZ 600 608 06
BIC: GENODEF1EK1
IBAN:
DE42520604100000405000

Das Diakonische Werk der EKD hatte die Aufnahme der subkutanen Infusion in das
Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege seit langem gefordert und
befürwortet die geplante Änderung der HKP-Richtlinie grundsätzlich. Im Einzelnen
haben wir verschiedene Änderungsbedarfe.

USt-IdNr.: DE 147801862

Behindertengerechter Parkplatz
im Hof beim Eingang (Glastür)

Zur Spalte Leistungsbeschreibung:

Hier werden unter dem ersten Spiegelstrich das „Legen, Anhängen, Wechseln sowie
abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur
Flüssigkeitssubstitution“ benannt. Das „Legen“ oder „Anhängen“ oder „Wechseln“
können theoretisch drei zeitlich getrennte Leistungen sein, die in getrennten
Einsätzen erbracht und dann auch abgerechnet werden müssen. Die Erfahrung zeigt,
dass die Krankenkassen für das Anlegen und Entfernen (zwei Einsätze werden
durchgeführt) nur einen Einsatz vergüten würden. Alleine die Laufzeit einer s.c.
Infusion zeigt deutlich, dass zwei Einsätze durch den ambulanten Dienst nötig sind.
Dies muss bereits in den HKP-Richtlinien durch das Ersetzen des Wortes „sowie“
durch das Wort „oder“ klargestellt werden.

Zur Spalte Bemerkungen/Indikationen

Die abschließende Definition der Indikationen ist unserer Auffassung nach auch angesichts der Evidenzlage nicht sachgerecht. Auch hier plädieren wir für eine beispielhafte Aufzählung analog zu den Kontraindikationen. Die Einführung der Indikationen (Beschränkung auf akute Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z.B. bei Fieber, Diarrhoe) trägt dem Bedarf geriatrischer Patienten nur teilweise Rechnung - oft liegen "mittelschwere Exsikkosen" an den wenigen heißen Sommertagen bei Personen vor, die oral nicht ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Auch hier kann eine subkutane Infusion indiziert sein.

In der Palliativversorgung dienen subkutane Infusionen nicht nur der Flüssigkeitszufuhr, sondern sind auch bei den Patienten angezeigt, um eine Schmerzmedikation durchzuführen. Dieser Aspekt findet sich bei den Indikationen nicht wieder und muss aufgenommen werden.

Des Weiteren schlagen wir vor, bei der beispielhaften Aufzählung der Indikationen „Dehydration beim sterbenden Menschen (terminale Dehydration)“ aufzunehmen, falls die Streichung der terminalen Sterbephase bei den Kontraindikationen (siehe unten) nicht erfolgen sollte. Es würde damit ein Kontrapunkt zur terminalen Sterbephase gesetzt werden, die einer Verwechslung der Begriffe „Terminale Sterbephase“ und „Dehydration bei sterbenden Menschen“ vorbeugt.

Zur Spalte Bemerkungen/ Kontraindikationen

Bei den aufgeführten Kontraindikationen werden Patienten in der terminalen Sterbephase ausgenommen. Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin werden mit dem Begriff "Terminalphase" die letzten Monate bis Wochen eines Schwerkranken vor seinem Tod bezeichnet. In dem Richtlinien-Vorschlag ist die Terminalphase eine Kontraindikation. Dies bedeutet, dass ggf. in einem langen Zeitraum eine s.c. Infusion unmöglich ist. Nun wird aber auch -und gerade- bei Menschen in dieser Phase die Infusion s.c. verordnet. Insofern sehen wir in der zeitlichen Unbestimmtheit sowie in dem Ausschluss einer Zielgruppe ein Problem. Hintergrund der Benennung der terminalen Sterbephase als Kontraindikation, ist sicher die Befürchtung, dass ein Mensch in dieser Phase noch ungeeignete Flüssigkeitszufuhr erfährt. Neben der schwierigen Definition, wann ein Mensch in der terminalen Sterbephase ist, gibt es aber durchaus Patienten, die auch in der terminalen Sterbephase eine behutsame Flüssigkeitszufuhr bekommen, wenn der Arzt das für angemessen hält. Wir plädieren deshalb für die Streichung der Kontraindikation „Terminale Sterbephase“.

Weiter ist bei den Kontraindikationen zu bedenken, dass gerade bei (älteren) Patientinnen und Patienten, die an einer wie hier beschriebenen Exsikkose leiden, die Compliance eingeschränkt ist beziehungsweise eingeschränkt sein kann. Desorientiertheit und Bewusstseinseintrübungen sind ja gerade Symptome einer Exsikkose. Wir schlagen daher vor, die „ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin“ zu streichen und lediglich zu beurteilen, ob die häuslichen Bedingungen die fachgerechte Versorgung über mehrere Stunden zulassen.

Zur Spalte Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

Die Begrenzung der Verordnungsdauer auf bis zu 7 Tage ist kritisch zu hinterfragen. Es kommt z.B. bei hohen Flüssigkeitsverlusten in der Folge von Chemotherapien durchaus vor, dass die Infusionen über einen längeren Zeitraum immer mal wieder sinnvoll sind, wenn auch nicht unbedingt mehrere Tage hintereinander. Die Entscheidung über die Dauer und Häufigkeit einer Maßnahme ist vom Arzt, orientiert an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen, zu treffen und zu verantworten und die Begrenzung der Verordnungsdauer auf „bis zu 7 Tage“ zu streichen.

2. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Diakonische Werk der EKD vertritt die Ansicht, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Richtlinien in vielen Bereichen eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten verhindert. So wird die Verordnung verschiedener Leistungen an eine nicht sachgemäße Indikationsstellung geknüpft (z. B. Blutzuckerkontrolle, Dekubitusbehandlung) bzw. entspricht die Ausgestaltung des Leistungsverzeichnisses nicht mehr dem State of the Art, z.B. bei der Wundversorgung. Des Weiteren sind zur Versorgung erforderliche Leistungen nicht im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen aufgenommen (z.B. i.v. Infusionen einschließlich Medikamentengabe, Tag- und/ oder Nachtwache, Wickel, Umschläge, Kataplasmen, stützende und stabilisierende Verbände wie der Gilchrist Verband, Erstgespräche, Spezifische Beratungselemente).

Daneben wird unserer Auffassung nach das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege den Erfordernissen der ambulanten Intensivpflege und den Bedarfen von sterbenden Menschen, die keine spezialisierte ambulante Palliativversorgung benötigen, nicht gerecht.

Die unsachgemäße Ausgestaltung der Richtlinien zu den pflegerischen Prophylaxen und die Verweigerung der Spitzenverbände der Krankenkassen, für die Leistungen der pflegerischen Prophylaxen eine am Aufwand orientierte Vergütung vorzusehen, hat bisher die am Versicherten orientierte Versorgung mit pflegerischen Prophylaxen verhindert. Das Diakonische Werk der EKD fordert deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, pflegerische Prophylaxen umgehend als verordnungsfähige Leistungen aufzunehmen. Darüber hinaus muss unserer Ansicht nach die häusliche Krankenpflege im Wege der Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" gerade im Hinblick auf die DRG's und die zunehmende Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus sowie aufgrund der Zunahme der ambulanten Behandlungen durch ein entsprechendes Leistungsverzeichnis der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ausgestattet werden.

Des Weiteren ist der Bereich der häuslichen Krankenpflege für psychisch kranke Menschen nur unzureichend in den Richtlinien ausgestaltet. Unserer Ansicht nach sind die Diagnosen unter F 1 vollständig aufzunehmen und nicht nur die Diagnosegruppe F 1.0, F1.1 sowie F1.2. Nach ICD-10 geht es auch um die Berücksichtigung des Bereichs F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Dabei handelt es sich um schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen, unter anderem um das Krankheitsbild der Borderline-Störungen, die häufig Anlass für stationäre Behandlungen sind. Auch hier ist völlig unverständlich, weshalb diese Krankheitsbilder im ambulanten Bereich keine häusliche Krankenpflege für Psychisch Kranke benötigen zur Vermeidung von Klinikaufhalten oder zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung. Gerade diese Patientinnen und Patienten benötigen eine beziehungsintensive Begleitung und krankenflegerische Unterstützung als Teil der Behandlung ihrer schweren Störung. Problematisch ist auch der grundsätzliche Ausschluss aller Suchterkrankungen (F10-F19). Insbesondere den chronifizierten komorbiden Krankheitsbildern suchtkrankender Menschen wird hierdurch eine pflegerische Unterstützung untersagt. Auch im Bereich der neurotischen Störungen sind einige Krankheitsbilder ausgeschlossen (F42 Zwangsstörungen /F45 Somatisierungstörungen). Gerade bei letzteren wird im ICD auf die mangelnde Compliance der Patienten und ihre oft falsche Medikamenteneinnahme verwiesen. Die enge diagnostische Eingrenzung wird dem Einzelfall nicht gerecht. Es muss weitere Öffnungsmöglichkeiten geben.

Die Dauer der häuslichen Krankenpflege für Psychisch Kranke von bis zu 4 Monaten sowie der Umfang bis zu 14 Einheiten pro Woche (bei abnehmender Frequenz) sind bei weitem nicht ausreichend. Für gleichfalls problematisch betrachten wir den für eine Erstverordnung festgelegten Zeitraum von 14 Tagen.

Nach Auffassung des Diakonischen Werkes der EKD haben Menschen mit Behinderungen, die Leistungen zur Teilhabe nach SGB XII/ SGB IX in Anspruch nehmen, seit dem 01.04.2007 unabhängig von den damit in Zusammenhang stehenden Leistungsstrukturen (z.B. Wohnhilfen) einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die Richtlinien setzen die Vorgaben des GKV-WSG nur unzureichend um.

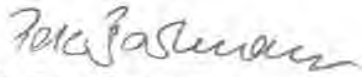
Die Definition des "besonders hohen Bedarfs" an medizinischer Behandlungspflege bei Versicherten in Pflegeheimen wird zu restriktiv und einschränkend vorgenommen. Dies wird einmal in dem Erfordernis begründet, dass die behandlungspflegerischen Maßnahmen "unvorhersehbar" erfolgen müssen und weiterhin, dass die Unvorhersehbarkeit sich auf den "Tag und die Nacht" beziehen muss. Diese restriktive Auslegung entspricht unserer Auffassung nach nicht der Intension des GKV-WSG. Auch Versicherte, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und einen vorhersehbaren Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben, müssen einen Anspruch auf diese Leistungen haben.

Wie bereits in früheren Stellungnahmen des Diakonischen Werkes der EKD zu den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ausgeführt, halten wir eine Begrenzung der Dauer und Häufigkeit der verordneten Maßnahmen für nicht gerechtfertigt. Die Entscheidung über Dauer, Häufigkeit und Verordnungsfähigkeit einer Maßnahme ist vom Arzt, orientiert an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen, zu treffen und zu verantworten.

Das Diakonische Werk der EKD hält deshalb weitere Ergänzungen bzw. Änderungen der Richtlinien – neben den geplanten - für absolut unerlässlich.

Wir hoffen sehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen weiteren Beratungen zu den Richtlinien unsere Vorschläge und Einwände einbezieht und die Richtlinien damit eine sachgerechte Überarbeitung erfahren.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Peter Bartmann
Leitung

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Kati Dege
Postfach 120606
10596 Berlin

Per E-Mail: hkp@g-ba.de
kati.dege@g-ba.de

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband mit
Sitz in Essen

Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 /20059079-0
Fax 030/20059079 -19
wibke.eichhorn@vdab.de
www.vdab.de

12. Juli 2012

Häusliche Krankenpflege-Richtlinien

**Stellungnahme vor einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur
Richtlinien-Änderung, hier: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion**

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme vor Beschlussfassung und möchten uns wie folgt dazu äußern:

Die Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion wird sehr begrüßt, greift sie doch eine Forderung aus der Praxis auf.

Auch unsere Mitglieder melden uns zurück: Subkutane Infusionen sind einfach, sicher und effektiv und zur Therapie von Exsikkosezuständen sowohl in der Klinik als auch im Pflegeheim als auch im häuslichen Umfeld sehr geeignet.

Mittels einer subkutanen Infusion lässt sich eine Exsikkose, die eine Hauptursache des akuten Verwirrheitszustandes im höheren Lebensalter darstellt, vermeiden oder behandeln, wodurch die Notwendigkeit einer Hospitalisation verringert und damit auch ein Beitrag zur Kostendämpfung erbracht werden kann.

Der G-BA hat in seinem Entwurf einige enge Indikationskriterien aufgestellt, unter denen eine s.c. Infusion auch im ambulanten Bereich als Leistung der HKP verordnet werden kann, und gleichzeitig eine Reihe von Kontraindikationen aufgelistet. Hierbei regen wir an, die „terminale Sterbephase“ als Kontraindikation zu streichen und vielmehr die Entscheidung den behandelnden Ärzten zu überlassen.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Literaturrecherche ist beabsichtigt, die Verordnungsdauer auf max. 7 Tage zu begrenzen. Die Begrenzung geht davon aus, dass innerhalb der 7 Tage täglich die s.c.-Infusionen gegeben werden. Das geht aber an der Praxis vorbei. Häufig ist es so,

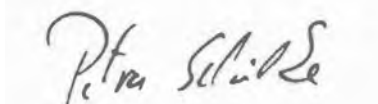
...

dass eben nicht täglich die Notwendigkeit der zusätzlichen Flüssigkeitszufuhr besteht, sondern im Abstand von mehreren Tagen, also beispielsweise am 1., 5. und 10. Tag. Deshalb ist ein 7-Tages-Rhythmus aus unserer Sicht nicht haltbar. Es wird eine Flut von neuen Verordnungen geben (müssen). Eine flexible Handhabung wäre unmöglich.

Um den Versicherten die Leistung ohne Verwaltungshürden und bürokratische Auseinandersetzungen mit Kostenträgern zu gewähren, sollte keine zeitliche Beschränkung vorgenommen werden. Die Verordnungsdauer sollte vielmehr ins verantwortungsvolle Ermessen des Arztes gestellt werden. Die angestrebte Erleichterung für den häuslichen Bereich (im Zusammenwirken von Versichertem, Arzt und Pflegedienst) könnte bei einer zeitlich unbegrenzten Verordnungsfähigkeit noch verbessert werden.

Der Hinweis auf einen Verlaufsbogen ist in diesem Zusammenhang entbehrlich, weil die Dokumentation diesen ohnehin beinhaltet.

Mit freundlichen Grüßen



Petra Schülke
Stellvertretende Bundesvorsitzende



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher
Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie):
Einfügung der Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Berlin, 12.07.2012

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 15.06.2012 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich der Einfügung subkutaner Infusionen in das bestehende Leistungsverzeichnis der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) aufgefordert.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die bedarfsgerechte Versorgung mit Flüssigkeit stellt im Rahmen der Betreuung geriatrischer Patienten ein relevantes Problem dar. Von daher begrüßt die Bundesärztekammer die nun vorgesehene Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Die Bundesärztekammer hatte Gelegenheit, im Verlauf der Beratungen in der AG HKP des Unterausschuss Veranlasste Leistungen Stellung zu der Frage der Delegierbarkeit subkutaner Infusionen bei Exsikkosezuständen geriatrischer Patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu nehmen (siehe Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 04.05.2011). Zudem hat die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur subkutanen Infusionstherapie aus dem Jahr 2003 bei der Ausgestaltung des Beschlussentwurfes Berücksichtigung gefunden.

In ihrer Stellungnahme vom 04.05.2011 hatte die Bundesärztekammer den Versorgungsbedarf sowie die Delegierbarkeit grundsätzlich bestätigt. Zugleich war die Sorge geäußert worden, dass gerade vor dem Hintergrund abnehmender finanzieller und (damit) personeller Ressourcen zum Zwecke der Pflegeerleichterung oder zur Zeitersparnis auch Patienten vermehrt Flüssigkeit über subkutane Infusionen verabreicht werden könnte, denen Trinken möglich ist.

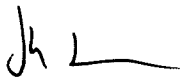
In dem Beschlussentwurf sowie den „Tragenden Gründen“ sieht die Bundesärztekammer ihre 2011 formulierten Bedenken ausreichend und angemessen insbesondere durch die Konkretisierung der Indikationsstellung und die Benennung von Kontraindikationen berücksichtigt. Bezüglich der Dauer und Häufigkeit der Maßnahme geht die Bundesärztekammer davon aus, dass hiermit 7 Tage in Folge gemeint sind und die 7 Tage nicht auf einen längeren Zeitraum, beispielsweise 4 Wochen, verteilt werden können. Diese Vorgabe sollte nach unserer Auffassung konkretisiert werden.

Fazit:

Die Bundesärztekammer stimmt der Einfügung subkutaner Infusionen in das Leistungsverzeichnis der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) zu.

Berlin, 12.07.2012

i.A.



Britta Susen
Stellv. komm. Leiterin des Dezernates 4

Mündliche Anhörung



gemäß 1. Kapitel, § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung zur
Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häusli-
cher Krankenpflege (HKP-RL)

hier: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 23. Januar 2013
von 10.43 Uhr bis 10.58 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für den **Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.**
(ABVP):

Herr Rump

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.**
(B.A.H.):

Herr Mittag

Herr Twardowsky, entschuldigt nicht anwesend

Beginn der Anhörung: 10.43 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Degener-Hencke (stellv. Vorsitzender): Guten Morgen, meine Herren! Ich begrüße Sie zu unserer Anhörung im Rahmen der Sitzung des Unterausschusses „Veranlasste Leistungen“ zur Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion. Ich begrüße Herrn Rump vom Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege und Herrn Mittag von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege.

Wir werden ein Wortprotokoll von dieser Sitzung führen. Wir haben hier vorne zwei Stenografen, die das Wortprotokoll führen. Es wird alles auch per Band aufgenommen. Wir bitten also darum, immer das Mikrofon zu verwenden. Das ist vor allem auch deshalb wichtig, damit dieses Wortprotokoll dann zur Dokumentation des Beratungsverfahrens verwendet werden kann.

Wir haben für die Anhörung ausreichend Zeit. Ich denke, dass wir vielleicht in 30 Minuten fertig sein könnten. Wir führen hier keinen Streitdialog. Sie als Vertreter der beiden Verbände haben Gelegenheit, Ihre Ausführungen zu machen, soweit sie die Richtlinienänderung betreffen, und zwar vor allem, soweit es um neue Dinge geht, die bisher nicht schriftlich vorgetragen worden sind, da sie sich vielleicht in der Zwischenzeit ergeben haben. Die Mitglieder des Ausschusses haben hinterher Gelegenheit, Ihnen Fragen dazu zu stellen. Ich werde mir dann auch erlauben, nachdem wir die Komplexe abgearbeitet haben, die Frage zu stellen, welche neuen Aspekte insbesondere hier heute zutage getreten sind.

Ich schlage vor, dass Sie, Herr Rump, vielleicht zunächst die Sicht Ihres Verbandes zu der geplanten Änderung der Richtlinie darstellen.

Herr Rump (ABVP): Einen schönen guten Morgen! Wir hatten ja im Sommer unser Statement zu der Entscheidung abgegeben, dass jetzt auch subkutane Infusionen zu verordnungsfähigen Leistungen werden sollen.

Vorab, sozusagen als Präambel: Generell begrüßen wir als Verband, der sich ausschließlich um ambulante Pflegedienste bemüht und kümmert, natürlich, dass jetzt die in der Praxis eigentlich schon längst erbrachte Leistung auch verordnungsfähig wird. Das sozusagen als Vorwort zur ganzen Sache.

Im Rahmen unserer Gremienarbeit und entsprechender Diskussionen haben sich noch einige – ich sage es einmal so – Anmerkungen zu den bis jetzt vorliegenden Indikationsstellungen und zur Häufigkeit der Verordnungen ergeben. Ich denke, dazu wird auch Herr Mittag – wir hatten uns schon besprochen – noch einiges sagen.

Wir als ABVP sagen ganz deutlich, dass uns – es geht hier um die vorliegenden Einschränkungen – bei den notwendigen Indikationen oder Erkrankungen eigentlich die Begleitung in der terminalen Sterbephase fehlt, um in dieser Medikamente oder weitergehende Flüssigkeitssubstitutionen zu ermöglichen, und natürlich, dass bezüglich Häufigkeit der Verordnungen und ähnlichen Dingen wirklich die ärztliche Verordnung Maßstab sein muss. Das muss man in einem Kommentar oder in weiteren Ausführungen zu dieser Richtlinie noch einmal deutlich machen.

Sonst finden wir – ich kann nur das wiederholen, was wir schriftlich abgegeben hatten –, dass eine subkutane Infusion natürlich auch dazu beitragen kann, in bestimmten Dehydrationsfällen – sagen wir einmal: in mittelschweren Fällen – Krankenseinweisungen gerade von demenziellen oder funktionell eingeschränkten Menschen und damit verbundene – ich rede jetzt nicht von Kosten durch Krankenhausaufenthalt – Infektionsrisiken zu vermeiden, zum Beispiel psychische Probleme, die dadurch

entstehen, dass sie sich nicht an fremden Orten zurechtfinden. Schlagwortartig geht es also darum, dass die Versorgungskontinuität erhalten bleibt. Das wäre das erste Statement von mir.

Herr Dr. Degener-Hencke (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank. – Dann würde ich vorschlagen, dass wir zunächst auch das erste Statement von Herrn Mittag hören. Danach können dann auch Fragen gestellt werden, oder Sie können zu einzelnen Punkten ergänzen.

Herr Mittag (B.A.H.): Vielen Dank im Namen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege für die Gelegenheit, die Stellungnahme noch einmal mündlich zu unterfüttern. Für die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege ist in erster Linie wichtig, wie sich später Richtlinien konkret in der Praxis umsetzen lassen. Wir haben in unserer Stellungnahme in der gebotenen Kürze versucht, darauf zu verweisen, wie sich letzten Endes die gegenwärtig vorgeschlagenen Formulierungen auswirken können.

Wir haben zum einen den Hinweis angeführt, dass nach der einschlägigen Fachliteratur grundsätzlich 500 ml pro Infusion, wahrscheinlich auch – das ist natürlich eine Maßgabe der ärztlichen Verordnung – entsprechend pro Punktionsstelle, sinnvoll sind. Da haben wir mit Verweis auf Ihre Begründung, in der ja angeführt wurde, dass bis zu 2.000 ml pro Tag hier eventuell erforderlich erscheinen, natürlich schon einmal den Fokus auf die Häufigkeit eines solchen Einsatzes pro Tag gelegt.

Darüber hinaus gibt es ja nach Maßgabe Ihrer Vorschläge auch die Leistung „Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge“. Auch das ist wiederum zu übertragen auf die Praxisrelevanz, nämlich die Häufigkeit der Einsätze.

Unter dem Strich würden wir daher vorschlagen, dass die Richtlinie dahin gehend ergänzt wird, dass sich analog zu anderen Leistungen, die in HKP-Richtlinien beschrieben werden, die Häufigkeit, der Umfang und die Dauer der entsprechend ärztlich verordneten Leistung streng an der Maßgabe der ärztlichen Verordnung orientieren. Das ist eine Klarstellung, die bisher in der Form noch fehlt. Dass das geschieht, das ist hier unser Plädoyer.

Herr Dr. Degener-Hencke (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank. – Sie schlagen also vor, dass die Frist – bis sieben Tage in Folge ist ja gemeint – gestrichen wird, also eine zeitliche Beschränkung nicht vorgenommen wird, sondern es der ärztlichen Verordnung überlassen bleiben soll?

(Herr Rump (ABVP) und Herr Mittag (B.A.H.) nicken)

Gibt es zu diesen Grundsatzausführungen aus den Reihen der Mitglieder und der Patientenvertretung im Augenblick Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Wir könnten, wenn es gewünscht ist, jetzt die Komplexe noch etwas näher beleuchten. In der Übersicht, die die Mitglieder erhalten haben, geht es ja um drei Komplexe: Leistungsbeschreibung, Indikation, Dauer und Häufigkeit. Möchten die Experten der beiden Verbände noch etwas Spezielles zur Leistungsbeschreibung sagen? – Das ist nicht der Fall. Von der Patientenvertretung gibt es eine Wortmeldung. Bitte.

Patientenvertretung: Herr Rump, Sie hatten über die terminale Sterbephase gesprochen. Können Sie noch einmal erläutern, was Sie darunter verstehen? Und wie würden Sie eine finale Sterbephase definieren? Wie wird das verstanden? Was verstehen Sie unter terminaler Sterbephase?

Herr Rump (ABVP): Gerne sage ich etwas zur Begriffsbestimmung. Es geht darum, dass vielfach bei Menschen, die zum Sterben zu Hause sind – ich sage „terminal“ dazu –, letzten Endes nichts mehr getan werden kann, außer dass Schmerzsymptomatik bekämpft, beruhigt, sediert wird oder Ähnliches.

Hier treten dementsprechend zum Teil auch hohe Temperaturen auf. Mit geringen subkutanen Infusionen – in der Praxis wird diese Methode häufig durchgeführt –, circa 500 ml oder Ähnliches, werden nun entsprechende Symptomaten nicht vermieden, sondern gelindert, zum Beispiel kann so dafür gesorgt werden, dass die Muskeln nicht verkrampfen, obwohl der Säure-Basen-Haushalt komplett aus dem Ruder gerät, oder verhindert werden, dass irgendwelche sehr starken Austrocknungen auftreten, die die Symptomaten verstärken. Das soll jetzt hier nicht irgendwelche großen Therapien ersetzen, aber es soll halt eine Option sein, dass ein Mensch, wenn er zu Hause versterben möchte, dort auch mehr oder weniger seinen Grundbedarf bekommt und dabei nicht unnötig leidet. Das verstehe ich unter „terminaler Phase“. Es geht nicht um den Fall, dass jemand schmerztherapeutisch ist und noch eine relativ – das ist ja immer schwer zu sagen – lange Aussicht hat, sondern um denjenigen, bei dem nur die Möglichkeit besteht, in den wirklich letzten Stunden und Tagen dadurch die Grundfunktionen aufrechtzuerhalten.

Herr Dr. Degener-Hencke (stellv. Vorsitzender): Deshalb also der Vorschlag, dass das als Kontraindikation gestrichen wird. – Ja, bitte, noch eine Ergänzungsfrage.

Patientenvertretung: Ab wann, würden Sie sagen, macht es keinen Sinn mehr, Flüssigkeit zuzuführen?

Herr Rump (ABVP): Das jetzt zeitlich zu bestimmen – nach Tagen, Stunden oder sonst wie –, ist schwierig. Es muss dann genau abgewogen werden. Es gibt sicherlich Lebensphasen, in denen es überhaupt keinen Sinn mehr macht: Wenn zum Beispiel durch die Flüssigkeitszufuhr die Atmung oder Ähnliches beeinträchtigt würde oder es zu Gefährdungen durch immense Flüssigkeitsmengen käme, weil diese der Kreislauf einfach nicht mehr „abarbeiten“ kann. Aber jetzt eine genaue zeitliche Abgrenzung nach Tagen vorzunehmen, zum Beispiel drei Tage vorher oder acht Stunden vorher, ist nicht möglich. Das sollte je nach Zustand des Patienten durch den zuständigen Therapeuten, Palliativexperten oder Arzt entschieden werden. Aber auf jeden Fall sollte diese Option offengehalten werden.

Herr Dr. Degener-Hencke (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank. – Wenn es keine weiteren Fragen, auch aus der Mitte des Unterausschusses, zu Indikationen oder Kontraindikationen gibt, dann rufe ich den dritten Punkt „Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen“ noch einmal kurz auf. Soll dazu noch speziell etwas von den Experten zusätzlich zu ihren Statements gesagt werden, oder gibt es Fragen aus den Reihen der Mitglieder des Unterausschusses? Zu Dauer und Häufigkeit ist ja auch ausführlich schriftlich Stellung genommen worden. Etliche Vorschläge sind unterbreitet worden. – Ich stelle fest: Keine Äußerung wird mehr gewünscht. Es gibt keine Fragen aus den Reihen des Unterausschusses.

Dann können wir die Anhörung aus meiner Sicht beenden. Ich bedanke mich im Namen des Unterausschusses, dass Sie erschienen sind. – Herzlichen Dank.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 10.58 Uhr