

**Tragende Gründe zu dem Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:
Öffnungsklausel für Einzelfälle**

vom 15. März 2007

Verzeichnis

1.	Einleitung	2
2.	Zweck und Inhalt des Beschlusses	2
3.	Ergebnis der Auswertung der Stellungnahmen	4
4.	Beratungsverlauf	4
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgegebenen Stellungnahmeverfahrens	5

1. Einleitung

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Die Richtlinien des G-BA sind auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu halten. Der G-BA sieht es daher als seine Aufgabe an, die Richtlinien regelmäßig dahingehend zu überprüfen, ob Anpassungsbedarf besteht.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Satz 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 8a SGB V den betroffenen Heilberufekammern Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

2. Zweck und Inhalt des Beschlusses

2.1 Zweck der Änderung

Nach der jüngeren Rechtsprechung des BSG zur Verordnung häuslicher Krankenpflege stellen die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien des G-BA grundsätzlich einen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar, es sei denn, der G-BA habe eine besondere Fallgestaltung nicht bedacht, die Rechtsbegriffe der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unzutreffend ausgelegt oder die Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmaßnahme evident fehlerhaft vorgenommen (siehe BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R). Allerdings habe der G-BA keine gesetzliche Ermächtigung für eine Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen, ihre Zuweisung zum Aufgabenbereich der Pflegeversicherung oder in die Eigenverantwortung der Versicherten (siehe BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R; BSG, 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R). Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien beschlossen.

Die Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien erfolgt zum einen durch ein Hervorheben der grundsätzlichen Anwendbarkeit des Leistungsverzeichnisses in Abschnitt I. (Grundlagen) Nummer 3 Satz 1 und 2 Häusliche Krankenpflege-Richtlinien. Zum anderen werden durch den neu angefügten Satz 3 auch Pflegemaßnahmen verordnungsfähig, die nicht im Leistungsverzeichnis enthalten sind, sofern dies im Einzelfall medizinisch geboten ist.

Die Öffnungsklausel im neu angefügten Satz 3 der Nummer 3 Häusliche Krankenpflege-Richtlinien, die im Einzelfall eine Verordnung häuslicher Krankenpflege außerhalb des Leistungsverzeichnisses vorsieht, enthält folgende Kernelemente:

- Beschränkung auf Maßnahmen, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind,

- Beschränkung auf Maßnahmen, die im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind,
- Abgrenzung der eingesetzten Pflegekräfte von den Vertretern anderer medizinischer Hilfsberufe,
- Sicherstellung der Qualität der Versorgung.

Von der Öffnungsklausel nicht betroffen sind Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie, da sie keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege darstellen. Dies wird in Satz vier klargestellt.

2.2 Erläuterungen der Öffnungsklausel

Die Öffnungsklausel in Nummer 3 Satz 3 Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gestattet die Verordnung von „nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführten Maßnahmen“ der häuslichen Krankenpflege. Dazu zählen zum einen Maßnahmen, die überhaupt nicht im Leistungsverzeichnis vorgesehen sind (z. B. Bewegungsübungen, die über die Mobilisation im Rahmen der Grundpflege hinausgehen; dazu BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R) und zum anderen Maßnahmen, die zwar im Leistungsverzeichnis vorgesehen sind, danach aber nur unter bestimmten, im Einzelfall nicht erfüllten Voraussetzungen verordnungsfähig wären (z. B. Blutzuckermessungen als Dauermaßnahme gemäß Nummer 11 des Leistungsverzeichnisses; dazu BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R).

Die Vorgabe, dass es sich bei den Maßnahmen um solche „der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V“ handeln muss, dient der Abgrenzung von anderen nichtärztlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 2 und § 73 Abs. 2 SGB V), z. B. von den Heilmitteln (dazu BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23: Abgrenzung von häuslicher Krankenpflege und Krankengymnastik).

Das Erfordernis, dass die Maßnahmen „Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans“ sind, dient der Klarstellung, dass die Verordnung häuslicher Krankenpflege außerhalb des Leistungsverzeichnisses ebenfalls den Anforderungen der Nummer 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien genügen und somit fachlich begründet sein muss.

Damit die Verordnung außerhalb des Leistungsverzeichnisses erfolgen kann, muss die häusliche Krankenpflege „im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich“ sein (BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23; BSG, 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R, Rn. 19; BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R, S. 5). Diese Voraussetzung wird in die Öffnungsklausel übernommen.

Die Vorgabe, dass Maßnahmen der häusliche Krankenpflege von „geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen“, entspricht der Formulierung des § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Durch die Hervorhebung der Eignung der Pflegekräfte wird dem Erfordernis ausreichender fachlicher Qualität der Leistungen Rechnung getragen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3, § 70 Abs. 1, § 135 a Abs. 1 Satz 2 SGB V; vgl. BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23 letzter Satz). Damit wird insbesondere dem möglichen Missverständnis entgegengewirkt, dass für Pfl-

geleistungen außerhalb des Leistungsverzeichnisses niedrigere Qualitätsanforderungen gelten könnten als für Regelleistungen.

3. Ergebnis der Auswertung der Stellungnahmen

Satz 3 wird dahingehend geändert, dass Maßnahmen als im Einzelfall verordnungs- und genehmigungsfähig bezeichnet werden. Mit dieser Änderung wird klarstellend auf die Bedenken hinsichtlich der vorherigen Formulierung reagiert („dürfen“). Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Weitere Änderungen im Stellungnahmeentwurf waren nicht notwendig.

4. Beratungsverlauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA HKP*	01.12.2005	Aufnahme der Beratungen zur Umsetzung der Vorgaben zum nichtabschließenden Charakter der HKP-Richtlinien aus dem BSG Urteil vom 17.03.2005.
UA HKP	16.03.2006	Beauftragung einer Arbeitsgruppe (AG) einen Vorschlag zur Umsetzung zu erarbeiten („Öffnungsklausel für Einzelfälle“).
AG HKP	27.07.2006	Erarbeitung eines Vorschlags für eine „Öffnungsklausel für Einzelfälle“ für die HKP-Richtlinien.
UA HKP	30.11.2006	Aufbauend auf den Vorschlägen der AG Erstellung einer Empfehlung an den G-BA zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zu einer „Öffnungsklausel für Einzelfälle“ in den HKP-Richtlinien.
G-BA	19.12.2006	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor der abschließenden Entscheidung zur Änderung der HKP-Richtlinien
UA HKP	01.03.2007	Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung zur Änderung der HKP-Richtlinien
G-BA	15.03.2007	Abschließende Beschlussfassung zur Öffnungsklausel für Einzelfälle für die HKP-Richtlinien.

*UA HKP = Unterausschuss Häusliche Krankenpflege

Köln, den 15. März 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

5. Dokumentation des gesetzlich vorgegebenen Stellungnahmeverfahrens

5.1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2006 beschlossen, dem in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Kreis der Organisationen der Leistungserbringer (s. Anhang: 5.5.4 Liste der Stellungnahmeberechtigten nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V, Stand: 20. Dezember 2005) und der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und für die Abgabe einer Stellungnahme eine fünfwöchige Frist festgelegt (s. Anhang: 5.5.1 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens). Mit Schreiben vom 21. Dezember 2006 wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen der o. g. Beschlussentwurf übersandt und für die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ein Zeitraum von 5 Wochen bis zum 31. Januar 2007 vorgegeben (s. Anhang: 5.5.2 Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen). Den angeschriebenen Organisationen wurden zusätzlich Erläuterungen zum Beschlussentwurf übersandt (s. Anhang: 5.5.5 Erläuterungen für Stellungnehmer).

5.2 Vorgesehene Neufassung der Nr. 3 der HKP-Richtlinien (Öffnungsklausel für Einzelfälle)

Die in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grundsätzlich dem dieser Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnis (Anlage) zu entnehmen. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege ordnungs- und genehmigungsfähig. Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen ordnungsfähig und dürfen von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen. Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege ordnungsfähig und dürfen nicht von der Krankenkasse genehmigt werden.¹

¹ Wenn der behandelnde Vertragsarzt z. B. eine i. v. Injektion an Pflegefachkräfte / Pflegekräfte delegiert, trägt er die Verantwortung für die Durchführung und die Vergütung.

5.3 Eingegangene Stellungnahmen

Organisation	Eingangsdatum
Bundesärztekammer	01.02.2007
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.	31.01.2007
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABPV)	29.01.2007
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)	05.02.2007
Bundesverband Ambulante Dienste e. V.	06.02.2007
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	31.01.2007
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBFK)	29.01.2007
Deutscher Caritasverband e. V.	30.01.2007
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.	29.01.2007
Deutsches Rotes Kreuz	05.02.2007
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.	31.01.2007
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.	31.01.2007
Zentralwohlfahrtstelle der Juden in Deutschland	09.02.2007

5.3.1 Texte der eingegangenen Stellungnahmen

Bundesärztekammer (BÄK)

Den Beschluss des G-BA, eine Öffnungsklausel für medizinisch begründete Einzelfälle in die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien aufzunehmen, begrüßen wir. Demnach soll es zur Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung zukünftig möglich sein, dass Ärzte im Einzelfall auch solche Pflegemaßnahmen verordnen, die nicht im Leistungsverzeichnis enthalten sind, sofern dies im Einzelfall medizinisch geboten und Teil des ärztlichen Behandlungsplanes ist, die Maßnahmen wirtschaftlich sind und diese von geeigneten Pflegekräften erbracht werden. Dem zur Umsetzung notwendigen Vorschlag einer Neufassung des Abschnitts I, Nr. 3 durch Präzisierungen der Sätze 1 und 2 in Verbindung mit Satz 4 sowie eines ergänzenden Satzes 3 stimmen wir zu. Der in den Erläuterungen dargelegte Zweck sowie insbesondere die Begründung für die Öffnungsklausel gemäß Satz 3 sind in allen Punkten nachvollziehbar.

Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Durch die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist in begründeten Einzelfällen auch außerhalb des in der Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnisses eine Versorgung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege möglich. Das sollte nach unserer Auffassung auch identisch in die Richtlinien aufgenommen werden. Die vorgesehenen Änderungen der Richtlinien werden dieses Ziel leider nicht erreichen. Durch die ersten zwei Sätze der neugefassten Nummer 3 in Abschnitt I. (Grundlagen) wird schon einleitend ein falscher Duktus gewählt, der dann im weiteren Verlauf durch die Formulierung "wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden" weiter verfestigt wird. Leider wird durch diese Öffnungsklausel den Versicherten und ihren Leistungsansprüchen nur wenig Spielraum gegeben. Es ist eher zu befürchten, dass die Krankenkassen diese Einschränkungen und bürokratischen Hürden dazu nutzen werden, die Leistungserbringung in diesen Fällen auch weiterhin abzulehnen. Die von Ihnen gewählten Formulierungen führen letztlich eben nicht zu der von Ihnen gewünschten Klarstellung, sondern zu einer möglichen Leistungseinschränkung. Letztlich wird die vorgesehene Öffnungsklausel auch zukünftig gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten nicht verhindern helfen.

Arbeitgeber – und Berufsverband (ABVP)

Wir begrüßen die Initiative des Bundesausschusses, hier die Richtlinie den Gegebenheiten der Praxis und der Rechtsprechung anpassen zu wollen und halten die vorgeschlagenen Änderungen für sinnvoll.

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (B.A.H.)

Nach sorgfältiger Prüfung der Änderungsvorschläge sind wir zu der Auffassung gelangt, dass die Aufnahme einer Öffnungsklausel für medizinisch zu begründende Einzelfälle in die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (...) von unserer verbandlichen Zustimmung getragen wird.

Bundesverband ambulante Dienste (bad)

Der bad begrüßt grundsätzlich die so genannte „Öffnungsklausel“ (Nr. 3 Satz 3), mit der der Gemeinsame Bundesausschuss endlich den Anspruch aufgibt, dass das Leistungsverzeichnis der „Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ abschließend sei und dort nicht aufgeführte Maßnahmen nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig und von der Krankenkasse somit nicht zu genehmigen seien (vgl. Nr. 3 der Richtlinien a. F.).

Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. ua. BSG Urteil vom

17.03.05, Az.: B 3 KR 3 5/04 R) gab es aus unserer Sicht keine Alternative zu einer Änderung des bestehenden Richtlinien textes. Trotz der eindeutigen Wertung des Bundessozialgerichtes war die Änderung der Richtlinien auch deshalb dringend geboten, weil die Sachbearbeiter der gesetzlichen Krankenkassen die o. g. Rechtsprechung in der Vergangenheit oft nicht umgesetzt haben. So wurden u. a. Einzelfallprüfungen - mit dem Verweis auf Nr. 3 der Richtlinien - häufig kategorisch abgelehnt. Die rechtlich fehlerhafte Ausgestaltung der Richtlinien hat somit sowohl vor, als auch nach den o. g. Entscheidungen des Bundessozialgerichts dazu geführt, dass den Versicherten Leistungen verweigert wurden, obwohl deren medizinische Notwendigkeit unstrittig war und die Versicherten gemäß §§ 27, 37 SGB V einen Anspruch auf die Leistungen hatten.

Es bleibt zu hoffen, dass die Einführung der Öffnungsklausel zukünftig zu einer ordnungsgemäßen Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in der Bearbeitungspraxis führen wird, so dass die gebotenen Einzelfallprüfungen ordnungsgemäß durchgeführt werden.

Wir unterstützen dabei die Forderung, dass die Leistungen durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden müssen. Eine abschließende Festlegung, wann eine Eignung im Einzelfall vorliegt, bleibt richtigerweise den Vertragspartnern nach § 132a SGB V bzw. der Einschätzung der jeweils verantwortlichen Pflegedienstleitung vorbehalten.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)

Tagtäglich zeigt sich bei etlichen ärztlichen Verordnungen häuslicher Krankenpflege, dass das derzeit starre Leistungsverzeichnis der Richtlinie häusliche Krankenpflege und das darauf aufbauende restriktive Genehmigungsverhalten der Krankenkassen dazu führt, dass Patienten medizinisch notwendige Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorenthalten werden. Entgegen den zahlreichen, rechtlich begründeten Hinweisen und Aufforderungen, u. a. in früheren Stellungnahmen des bpa, hat der G-BA bzw. zuvor der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinie stets als ein abschließendes Leistungsverzeichnis betrachtet. Durch die Klagen betroffener Patienten, die schließlich im Jahr 2005 durch das BSG abschließend entschieden wurden, hat auch der G-BA seine Rechtsauffassung zu revidiert und die Richtlinie nunmehr entsprechend verändert.

Der bpa bedauert diesen Zeitverzug. Gleichwohl wird die Einfügung einer Öffnungsklausel in die Richtlinie und damit eine Umsetzung der durch das BSG manifestierten herrschenden Rechtsmeinung nachdrücklich vom bpa begrüßt.

An dieser Stelle soll auf den entscheidenden Text des BSG-Urteils vom 17.03.2005 (Az: B 3 KR 35/04 R) verwiesen werden:

„Die HKP-Richtlinien stellen keinen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar. Soweit dies aus den einleitenden Formulierungen geschlossen werden könnte, würde eine solche Auslegung von der gesetzlichen Ermächtigung nicht gedeckt.“

Die vom G-BA zur Umsetzung dieses Urteils vorgesehene Änderung der Richtlinie in Nr. 1.3 wird vom bpa als grundsätzlich geeignet angesehen, das Urteil des BSG entsprechend umzusetzen. Kritisch bewertet der bpa allerdings die dort genannten Voraussetzungen, die vorliegen müssten, wenn nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen verordnet werden sollen. Diese Maßnahmen müssten demnach

- Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sein,
- im Einzelfall erforderlich,
- wirtschaftlich sein und

- wären von geeigneten Pflegekräften zu erbringen.

Diese Beschränkungen und Eingrenzungen sind – sofern sie über das für die übrigen Leistungen geltende Maß hinaus gehen – sachlich nicht zu begründen. Auch bei den Maßnahmen, die nicht im Leistungsverzeichnis enthalten sind, und die vom Arzt verordnet werden, handelt es sich um Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Hier gelten die entsprechenden Anforderungen gem. § 37 SGB V. Das zitierte BSG-Urteil zielt gerade darauf ab, dass es bei diesen Leistungen keine Einschränkung durch die Richtlinie geben kann und dass der Umfang der von den Krankenkassen zu erbringenden Leistungen nicht durch die Richtlinie abschließend festgelegt werden darf. Insofern darf gerade bei einer Öffnungsklausel durch die oben genannten vier Erfordernisse das BSG-Urteil nicht konterkariert werden.

Der bpa fordert daher eine Klarstellung, dass durch diese Formulierung keine zusätzlichen Anforderungen festgeschrieben werden. Gerade aufgrund der intensiven Erfahrung mit der Auslegung der Richtlinie durch einzelne Krankenkassen, ist zu befürchten, dass die vom BSG normierten Rechtsansprüche der Versicherten in der Verwaltungspraxis unterlaufen werden könnten. Der bpa schlägt daher vor, zu prüfen, ob auf die genannten Anforderungen nicht verzichtet werden kann, da es sich in jedem Fall um Leistungen der häuslichen Krankenpflege handelt, die bereits durch das Gesetz hinreichend ausgestaltet und durch die bestehenden Regelungen der Richtlinie erfasst sind.

Dieses gilt in besonderer Weise auch für die Anforderung, dass die Maßnahmen wirtschaftlich sein müssen. Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V ist diese Frage bereits abschließend geregelt. Jede Leistung der häuslichen Krankenpflege muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sofern diese Vorgaben nicht erfüllt sind, dürfen Leistungen der häuslichen Krankenpflege weder vom Arzt verordnet noch von der Krankenkasse genehmigt werden. Insofern ist der Hinweis an dieser Stelle entbehrlich.

Nicht zulässig ist die Anforderung in der Richtlinie, dass Maßnahmen, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind, von geeigneten Pflegekräften zu erbringen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat keine Kompetenz, diese Anforderung an die Qualität der Maßnahmen festzulegen. Dieses ist eindeutig eine Aufgabe der Bundesrahmenempfehlung gem. § 132 a SGB V. In § 132 a Absatz 1, Satz 4, Ziffer 3 werden ausdrücklich „Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ als Regelungsgegenstand der Bundesrahmenempfehlung festgelegt. Insofern kann die Richtlinie hier der Bundesrahmenempfehlung nicht vorgreifen.

Die ebenfalls als Begründung angeführte Behauptung, dass durch diese Formulierung die Pflegeleistungen von Maßnahmen der Krankenbehandlung abgegrenzt würden, die durch andere nicht ärztliche Leistungserbringer erbracht werden, überzeugt nicht. Wie oben bereits dargelegt, handelt es sich in jedem Fall bei diesen Maßnahmen um häusliche Krankenpflege, die nicht von Physiotherapeuten erbracht werden. In dem Urteil des BSG ging es vielmehr anders herum um die Frage, ob Bewegungsübungen nur von Physiotherapeuten erbracht oder auch von zugelassenen Pflegediensten erbracht werden dürfen. Hier hat das BSG entschieden, dass einer Leistungserbringung durch ausgebildete Alten- oder Krankenpfleger nichts im Wege steht. Die Anforderung, dass die Maßnahmen von geeigneten Pflegekräften zu erbringen sind, ist daher zu streichen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Vom Bundessozialgericht (BSG) wurde mehrfach festgestellt, dass es sich bei den Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien (HKP-RL) um keinen abschließenden Leistungskatalog handelt. Das BSG hat eine Konkretisierung und Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebotes für die Regelfälle der häuslichen Krankenpflege vorgenommen und hervorgehoben, dass die HKP-RL ein Abweichen im Einzelfall nicht ausschließen.

Demzufolge bleiben Maßnahmen der Behandlungspflege, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind, auch außerhalb der HKP-RL in der Leistungspflicht der GKV, und zwar unabhängig davon, ob es sich um die Behandlung einer chronischen oder einer akuten Erkrankung handelt. Diesen gesetzlichen Ansprüchen der Versicherten wird die vorgeschlagene Regelung nicht gerecht. Vielmehr stellt der einzureichende Behandlungsplan einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand dar, der dazu geeignet ist, für die betroffenen Patienten, Hausärzte und Pflegedienste, eine Leistungsausweitung im konkreten Einzelfall zu unterbinden, zumal davon ausgegangen werden muss, dass Kassen, MDK und Hausärzte grundsätzlich unterschiedlicher Auffassung über Art, Umfang und Inhalt von Behandlungsplänen sind. Da die verordnenden Ärzte ohnehin gemäß Absatz III Nr. 10 der HKP-RL verpflichtet sind, die ordnungsrelevanten Diagnosen, die zu erbringenden Leistungen sowie deren Beginn, Häufigkeit und Dauer auf der Verordnung anzugeben, kann auf einen zusätzlichen Behandlungsplan verzichtet werden.

Wir schlagen deshalb folgende Formulierung vor:

Die für den Regelfall ordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind dem Verzeichnis ordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege dieser Richtlinie zu entnehmen.

Sonstige nicht im Leistungsverzeichnis behandlungspflegerische Maßnahmen sind gemäß § 37 SGB V ordnungs- und genehmigungsfähig, wenn diese zur Behandlung einer akuten oder chronischen Erkrankung beim einzelnen Versicherten medizinisch notwendig sind. Dies gilt insbesondere auch für die medizinische Versorgung von Kindern.

Der Satz „Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege ordnungsfähig“ ist ersatzlos zu streichen, da er den besonderen Erfordernissen des Einzelfalls, insbesondere im Bereich der Kinderkrankenpflege, der onkologischen Krankenpflege, der AIDS- und Palliativkrankenpflege nicht gerecht wird. Alle unter „Behandlungspflege“ aufgeführten Richtlinienleistungen stellen Maßnahmen der Diagnostik oder Therapie dar. Der behandelnde und verordnende Vertragsarzt muss in jedem Fall auch bei der Verordnung einer Richtlinienleistung prüfen, ob die Maßnahme aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls delegierbar ist oder ärztliches Handeln erfordert.

Deutscher Caritasverband (Caritas)

Keine SN zur Öffnungsklausel.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der Paritätische)

Die Formulierung, dass nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege „in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen“ ordnungsfähig sind und von der Krankenkasse genehmigt werden dürfen, „wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen“, ist geeignet, die Öffnungsklausel insgesamt ins Leere laufen zu lassen. Hier wird eine bürokratische Hürde aufgebaut, die sachlich in keiner Weise gerechtfertigt ist. Die Klausel bietet kaum eine Öffnung für die in der BSG-Rechtsprechung geforderte Leistungserbringung in medizinisch begründeten Einzelfällen. Vielmehr konterkariert sie diese Zielsetzung, indem sie Krankenkassen neue Möglichkeiten eröffnet, die Leistungserbringung mittels einer Vielzahl anfordernder Unterlagen abzuwehren. Somit ist zu befürchten, dass Krankenversicherte ihren Leistungsanspruch auch zukünftig erst mittels gerichtlicher Verfahren durchsetzen können.

Wir bitten Sie deshalb, die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien nochmals dahingehend zu überarbeiten, dass im Einzelfall erforderliche medizinisch begründete Leistungen,

die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind, entsprechend der BSG-Rechtsprechung zukünftig als Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege verordnet und genehmigt werden (...).

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)

Unter formalen Gesichtspunkten ist anzumerken, dass die Ausführungen zur Öffnungsklausel für Einzelfälle schwer verständlich sind, da leicht der Eindruck entsteht, dass sich die Sätze 1+2 und die Sätze 3+4 widersprechen. Zur Verbesserung der Textverständlichkeit schlagen wir vor, den Satz 3 in der Formulierung umzustellen und mit den Worten zu beginnen: In medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen ...

Inhaltlich halten wir die Einschränkung, die sich hinter dem Satz „Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege ordnungsfähig ...“ verbirgt, als nicht den zukünftigen Herausforderungen angemessen.

Wer sich die Versorgungssituation und -perspektive mit hausärztlichen Leistungen in der Bundesrepublik ansieht, wird feststellen, dass¹

- a) es eine erhebliche Anzahl von Regionen (99 Planungsbereiche, entspricht 29 %) gibt, in denen der Versorgungsgrad mit Hausärzten bei unter 100 % liegt,
- b) ca. 33 % aller Hausärzte über 59 Jahre alt sind. Ein Ausscheiden dieser Ärzte eine erhebliche Versorgungslücke entstehen lassen wird,
- c) schätzungsweise 2.000 Hausärzte jährlich in den Ruhestand gehen werden,
- d) besonders ländliche strukturschwache Regionen betroffen sind. An erster Stelle sind hier die Bundesländer Niedersachsen, Brandenburg und Sachsen-Anhalt zu nennen.

Versorgungsgrad/ Region	Region			Anzahl	in %
	Ost	Süd	Nord		
unter 90%	11	0	9	20	6%
90-100%	29	25	25	79	23%
100-110	35	38	38	111	33%
110-111	5	24	24	53	16%
111 und mehr	18	28	28	74	22%
	98	115	124	337	

Der Versuch Hausärzte zu bewegen, sich in strukturschwachen Regionen niederzulassen, hat nach derzeitigem Kenntnisstand geringe Erfolgsaussichten. bzw. wird den Bedarf nicht ausreichend decken können.

Diskutiert werden daher in der Fachwelt eine Reihe von Lösungen, die voraussichtlich nur als Paket und nur in einer Vernetzung von bestehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen eine messbare Linderung der Situation erwarten lassen. Die aktuelle Gesundheitsreform geht hier erste Schritte zur Überwindung von sektoralen Versorgungsgrenzen.

Eine in der Diskussion stehende Möglichkeit ist, bestimmte ärztliche Aufgaben an examinierte Pflegekräfte zu delegieren. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Aussage der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2006, die sagte: „wir müssen die ärztlichen Tätigkeitsbereiche für Heilberufe öffnen und damit den Weg für weitere Berufsgruppen freimachen“.

¹ Die im Folgenden aufgeführten Daten sind der gemeinsamen Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer „Dr. Thomas Kopetsch: Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. Daten, Fakten, Trends. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage, 2005“ entnommen

Daneben wird aktuell versucht über das Modellprojekt „Teleschwester Agnes“, den Hausarzt von Routinetätigkeiten zu entlasten. Dieser Ansatz wäre inhaltlich ausbaubar.¹

Auch unter europäischer Perspektive erscheint der Handlungsspielraum examinierter Pflegekräfte erweiterbar bzw. die Grenzziehung zwischen Pflege und ärztlicher Profession durchaus als veränderungsfähig.

Das DRK vertritt die Auffassung, dass es durchaus Tätigkeiten geben kann, die bislang von Ärzten und zukünftig von Pflegekräften (bei gleichzeitiger Verschiebung der entsprechenden Finanzbudgets) erbracht werden könnten. Derzeitig kann es aus bereits jetzt bestehenden strukturellen Versorgungsengpässen im Einzelfall dazu kommen, dass eine Delegation Maßnahmen ärztlicher Diagnostik und Therapie sinnvoll und notwendig sein kann, damit ein Patient überhaupt Leistungen erhält.

Die im Zusammenhang einer Öffnungsklausel für Einzelfälle vom G-BA vorgeschlagene Formulierung „Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig ...“ . halten wir für kontraproduktiv. Der Satz sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Diakonisches Werk der EKD (Diakonie)

In Abschnitt I. (Grundlagen) der Richtlinien für Häusliche Krankenpflege wird Nummer 3 neu gefasst. Das Diakonische Werk der EKD begrüßt nachdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss damit nun endlich versucht, den Vorgaben von Recht und Gesetz nachzukommen, und zumindest dem Grunde nach anerkennt, dass die von ihm erlassenen Richtlinien keine abschließende Regelung darstellen.

Der Wortlaut des Entwurfs entspricht jedoch noch immer nicht den gesetzlichen Grundlagen und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Danach haben Versicherte gemäß § 37 Abs. 1 und 2 SGB V einen Anspruch auf Häusliche Krankenpflege in ihrem Haushalt oder ihrer Familie, wenn

- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar oder
- wenn durch Häusliche Krankenpflege Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder
- wenn Häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Nach wie vor ist in den Richtlinien der Satz

„Dort nicht aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig.“

zu finden, und weiter heißt es,

„Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungsfähig und dürfen von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.“

Durch diese Formulierungen sollen nach wie vor nicht in den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien aufgeführte Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen werden. Neu ist, dass

¹ Das DRK vertritt jedoch die Auffassung, dass für die Umsetzung des Modells „Teleschwester Agnes“ nicht neue Strukturen aufgebaut werden sollen, sondern die vorhandenen Strukturen (insbesondere die bestehenden ambulanten Pflegedienste) genutzt bzw. angepasst werden sollten.

sie im Ausnahmefall vom Arzt verordnet und von den Krankenkassen genehmigt werden „dürfen“. Gerade aber dieser Ermessensspielraum der Krankenkassen ist nicht tolerabel. Das Gesetz sieht ein Ermessen für die Krankenkassen nicht vor. Mit der vorgesehenen Formulierung der Richtlinien ändert sich wenig an der zu Recht durch das Bundessozialgericht kritisierten rechtswidrigen Systematik des Ausschlusses von Häusliche Krankenpflege-Leistungen, die nicht in den Richtlinien aufgeführt sind, da sie den Kassen weiterhin die Möglichkeit eröffnet, auf breiter Front nicht erwähnte Leistungen ablehnen zu können. Damit würde die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts effektiv in der Praxis unterlaufen.

Das heißt: Nach dem vorliegenden Entwurf wird weiterhin nicht klargestellt, dass der Versicherte einen Anspruch auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege hat und es keine Ermessensausübung durch die Krankenkassen geben kann, sondern die Krankenkassen lediglich prüfen müssen, ob die Maßnahme ärztlich verordnet wurde, ein Anspruch nach § 37 SGB V vorliegt und die Leistungen gemäß § 92 SGB V wirtschaftlich erbracht werden.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zitierten Bundessozialgericht-Urteile bestätigen diese Rechtsauffassung:

1. BSG-Urteil vom 26.01.06, Az: B 3 KR 4/05 R, Rn. 21 letzter Satz (alle zitiert nach www.bundessozialgericht.de): *„Demzufolge bleiben Maßnahmen der Behandlungspflege, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind, auch außerhalb der HKP-RL in der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen.“* So gleichlautend BSG-Urteil vom 17.03.2005, Az.: B 3 KR 35/04 R, Rn. 23). Das Gericht stellt weiter in Rn. 24 fest, dass eine Leistungsablehnung nicht mit der Begründung fehlender Verordnungsfähigkeit nach den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien zulässig ist, sondern nur mit der Begründung fehlender medizinischer Notwendigkeit.

2. So auch im BSG-Urteil vom 10.11.2005, Az.: B 3KR 38/04 R, Rn. 19: *„Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der ordnungsfähigen Leistungen verstößt aber gegen höherrangiges Recht. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen, ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen,“*

Zur Verhinderung absehbarer Rechtsstreitigkeiten zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Versicherten schlägt das Diakonische Werk der EKD folgende Formulierung vor:

„Die in dem dieser Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnis (Anlage) aufgeführten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind zu Lasten der Krankenkassen ordnungs- und genehmigungsfähig. Werden Leistungen entsprechend § 37 SGB V verordnet, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind oder dort nicht in der ärztlich verordneten Art oder dem ärztlich verordneten Umfang aufgeführt sind, so ist die Krankenkasse verpflichtet, Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zu genehmigen, wenn sie medizinisch begründet und wirtschaftlich sind.“

Die in der ursprünglichen Formulierung enthaltenen Hinweise auf den ärztlichen Behandlungsplan und die geeigneten Pflegekräfte sind redundant und deshalb entbehrlich.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB)

Die in Satz drei geforderte medizinische Begründung für den Ausnahmefall sollte vor dem Hintergrund des derzeitigen Umgangs der Beteiligten im Sinne einer Klarstellung weiter präzisiert werden. Dies vor allem um Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Begründung des Arztes auf das notwendige Maß zu reduzieren.

Die im gleichen Satz genannte Erforderlichkeit im Einzelfall sollte gestrichen werden. Eine solche wird bereits durch die vom Vertragsarzt ausgestellte und mit einer medizinischen Begründung versehenen Verordnung indiziert.

Die ebenfalls in Satz drei geforderte Wirtschaftlichkeit bedarf in noch größerem Maße einer Präzisierung. Durch den Verweis auf die Wirtschaftlichkeit, die im übrigen bei allen Verordnungen zu beachten ist, wird der Eindruck erweckt, es müsse in den genannten Ausnahmefällen eine besondere Wirtschaftlichkeit vorliegen. Falls jedoch das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot gemeint ist, ist diese Formulierung hier überflüssig und bietet lediglich Spielraum für Spekulationen.

Da es sich bei den oben genannten Leistungen zwar um solche handelt, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind, trotz allem jedoch als Leistungen der häuslichen Krankenpflege einzustufen sind, ist der Hinweis auf das Erfordernis eines ärztlichen Behandlungsplans entbehrlich. Gleiches gilt für den Hinweis auf die geeigneten Pflegekräfte. Insofern muss an dieser Stelle die Regelung zu I. 2. a. nicht ergänzt werden.

Insgesamt beschreibt dieser Satz keine besonderen Anforderungen an die Ausnahmeverordnungen, sondern lediglich die allgemeinen Anforderungen, die an alle sonst gelisteten Leistungen ebenfalls gestellt werden.

Wir schlagen daher vor, den Satz wie folgt zu fassen: "Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig."

Zentralwohlfahrtstelle der Juden in Deutschland

Mit den geplanten Änderungen bezüglich der Öffnungsklausel für medizinisch zu begründende Einzelfälle in der Häuslichen Krankenpflege (...) erklärt sich die Zentralwohlfahrtstelle der Juden in Deutschland einverstanden.

5.4 Auswertung der Stellungnahmen

5.4.1 Befürwortende Ausführungen zur Öffnungsklausel

Der Änderungsvorschlag wird begrüßt.
Die Änderungsvorschläge werden für sinnvoll erachtet.
Den Änderungsvorschlägen wird zugestimmt.
Öffnungsklausel wird grundsätzlich begrüßt.
Einverständnis mit den geplanten Änderungen.

5.4.2 Auswertung von allgemein gehaltener Kritik an der Öffnungsklausel

Stellungnahmen

Durch die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist in begründeten Einzelfällen auch außerhalb des in der Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnisses eine Versorgung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege möglich. Das sollte nach unserer Auffassung auch identisch in die Richtlinien aufgenommen werden. Die vorgesehenen Änderungen der Richtlinien werden dieses Ziel leider nicht erreichen.

Die Öffnungsklausel gibt den Versicherten und ihren Leistungsansprüchen nur wenig Spielraum. Es ist zu befürchten, dass die Krankenkassen diese Einschränkungen und bürokratischen Hürden dazu nutzen werden, die Leistungserbringung in diesen Fällen auch weiterhin abzulehnen. Die gewählten Formulierungen führen letztlich nicht zu der gewünschten Klarstellung, sondern zu einer möglichen Leistungseinschränkung. Letztlich wird die vorgesehene Öffnungsklausel auch zukünftig gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten nicht verhindern helfen.

Das BSG hat eine Konkretisierung und Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebotes für die Regelfälle der häuslichen Krankenpflege vorgenommen und hervorgehoben, dass die HKP-RL ein Abweichen im Einzelfall nicht ausschließen. Demzufolge bleiben Maßnahmen der Behandlungspflege, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind, auch außerhalb der HKP-RL in der Leistungspflicht der GKV, und zwar unabhängig davon, ob es sich um die Behandlung einer chronischen oder einer akuten Erkrankung handelt. Diesen gesetzlichen Ansprüchen der Versicherten wird die vorgeschlagene Regelung nicht gerecht.

Der Wortlaut des Entwurfs entspricht nicht den gesetzlichen Grundlagen und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Danach haben Versicherte gemäß § 37 Abs. 1 und 2 SGB V einen Anspruch auf Häusliche Krankenpflege in ihrem Haushalt oder ihrer Familie, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar oder wenn durch Häusliche Krankenpflege Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn Häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Durch die Formulierungen in Satz 2 und 3 sollen nach wie vor nicht in den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien aufgeführte Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Position UA HKP

Mit den gewählten Formulierungen werden die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in korrekter Weise in der Öffnungsklausel umgesetzt.

Die Kriterien der Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit in der Öffnungsklausel decken

sich mit den Vorgaben des SGB V, die zum Wirtschaftlichkeitsgebot getroffen sind. Die Aufzählung ist insofern deklaratorisch.

Maßnahmen sind im Einzelfall sowohl bei akuten wie auch bei chronischen Erkrankungen verordnungsfähig. Der Einzelfall ist auf den jeweiligen Patienten bezogen, nicht jedoch auf die einzelne Maßnahme; bei chronischen Erkrankungen des einzelnen Patienten kann der Einzelfall also zum Regelfall werden.

Position zu den bürokratischen Hürden: s. Auswertung von Satz 3.

Beratungsergebnis

Änderungen sind nicht notwendig.

5.4.3 Auswertung der Stellungnahmen zu Satz 1 und 2 der Öffnungsklausel

Die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grundsätzlich dem dieser Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnis (Anlage) zu entnehmen. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig.

Stellungnahmen

Durch die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist in begründeten Einzelfällen auch außerhalb des in der Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnisses eine Versorgung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege möglich. Der Duktus der ersten beiden Sätze ist daher falsch. Die Rechtsprechung sollte wörtlich zitiert werden.

Änderungsvorschläge

- In begründeten Einzelfällen ist eine Versorgung mit Maßnahmen der HKP auch außerhalb des in der HKP-RL angefügten Leistungsverzeichnisses möglich.
- Die für den Regelfall verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege dieser Richtlinie zu entnehmen.
- Die in dem dieser Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnis (Anlage) aufgeführten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind zu Lasten der Krankenkassen verordnungs- und genehmigungsfähig.

Position UA HKP

Mit den gewählten Formulierungen wird die Rechtsprechung in korrekter Weise in der Öffnungsklausel umgesetzt (s. Position zur allgemeinen Kritik).

Der Begriff „grundsätzlich“ kann im umgangssprachlichen Bereich als Regel ohne Ausnahme missverstanden werden, aber juristisch ist der Begriff korrekt als Regel mit Ausnahmen zu interpretieren.

Eine Änderung der Reihenfolge der Sätze würde einen anderen Duktus (eine andere Betonung) ergeben. Die jetzige Reihung ist aber richtig und gewollt. Die Beschreibung der Ausnahmen vom Regelfall folgt in den nächsten Sätzen der Öffnungsklausel.

Beratungsergebnis

Änderungen sind nicht notwendig.

5.4.4 Auswertung der Stellungnahmen zu Satz 3 der Öffnungsklausel

Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungsfähig und dürfen von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.

Stellungnahmen

Der Duktus der Formulierungen "wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden" ist falsch. Die gewählten Formulierungen führen letztlich nicht zu der gewünschten Klarstellung, sondern zu einer möglichen Leistungseinschränkung.

Die vorgesehenen Beschränkungen und Eingrenzungen (Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans, im Einzelfall erforderlich, Wirtschaftlichkeit, Erbringung durch geeignete Pflegekräfte) sind – sofern sie über das für die übrigen Leistungen geltende Maß hinaus gehen – sachlich nicht zu begründen. Auch bei den Maßnahmen, die nicht im Leistungsverzeichnis enthalten sind, und die vom Arzt verordnet werden, handelt es sich um Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Hier gelten die entsprechenden Anforderungen gem. § 37 SGB V.

Das BSG-Urteil vom 17.03.2005 (Az: B 3 KR 35/04 R) zielt gerade darauf ab, dass es bei diesen Leistungen keine Einschränkung durch die Richtlinie geben kann und dass der Umfang der von den Krankenkassen zu erbringenden Leistungen nicht durch die Richtlinie abschließend festgelegt werden darf. Insofern darf gerade bei einer Öffnungsklausel durch die oben genannten vier Erfordernisse das BSG-Urteil nicht konterkariert werden.

Es soll klar gestellt werden, dass durch diese Formulierungen keine zusätzlichen Anforderungen festgeschrieben werden. Gerade aufgrund der intensiven Erfahrung mit der Auslegung der Richtlinie durch einzelne Krankenkassen, ist zu befürchten, dass die vom BSG normierten Rechtsansprüche der Versicherten in der Verwaltungspraxis unterlaufen werden könnten. Es soll geprüft werden, ob auf die genannten Anforderungen nicht verzichtet werden kann, da es sich in jedem Fall um Leistungen der häuslichen Krankenpflege handelt, die bereits durch das Gesetz hinreichend ausgestaltet und durch die bestehenden Regelungen der Richtlinie erfasst sind.

Dieses gilt in besonderer Weise auch für die Anforderung, dass die Maßnahmen wirtschaftlich sein müssen. Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V ist diese Frage bereits abschließend geregelt. Jede Leistung der häuslichen Krankenpflege muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sofern diese Vorgaben nicht erfüllt sind, dürfen Leistungen der häuslichen Krankenpflege weder vom Arzt verordnet noch von der Krankenkasse genehmigt werden. Insofern ist der Hinweis an dieser Stelle entbehrlich.

Nicht zulässig ist die Anforderung in der Richtlinie, dass Maßnahmen, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind, von geeigneten Pflegekräften zu erbringen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat keine Kompetenz, diese Anforderung an die Qualität der Maßnahmen festzulegen. Dieses ist eindeutig eine Aufgabe der Bundesrahmenempfehlung gem. § 132 a SGB V. In § 132 a Absatz 1 Satz 4 Ziffer 3 werden ausdrücklich „Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ als Regelungsgegenstand der Bundesrahmenempfehlung festgelegt. Insofern kann die Richtlinie hier der Bundesrahmenempfehlung nicht vorgreifen.

Die ebenfalls als Begründung angeführte Behauptung, dass durch diese Formulierung die Pflegeleistungen von Maßnahmen der Krankenbehandlung abgegrenzt würden, die durch andere nicht ärztliche Leistungserbringer erbracht werden, überzeugt nicht. Wie

oben bereits dargelegt, handelt es sich in jedem Fall bei diesen Maßnahmen um häusliche Krankenpflege, die nicht von Physiotherapeuten erbracht werden. In dem Urteil des BSG ging es vielmehr anders herum um die Frage, ob Bewegungsübungen nur von Physiotherapeuten erbracht oder auch von zugelassenen Pflegediensten erbracht werden dürfen. Hier hat das BSG entschieden, dass einer Leistungserbringung durch ausgebildete Alten- oder Krankenpfleger nichts im Wege steht.

Der einzureichende Behandlungsplan stellt einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand dar, der dazu geeignet ist, für die betroffenen Patienten, Hausärzte und Pflegedienste, eine Leistungsausweitung im konkreten Einzelfall zu unterbinden, zumal davon ausgegangen werden muss, dass Kassen, MDK und Hausärzte grundsätzlich unterschiedlicher Auffassung über Art, Umfang und Inhalt von Behandlungsplänen sind. Da die verordnenden Ärzte ohnehin gemäß Absatz III Nr. 10 der HKP-RL verpflichtet sind, die ordnungsrelevanten Diagnosen, die zu erbringenden Leistungen sowie deren Beginn, Häufigkeit und Dauer auf der Verordnung anzugeben, kann auf einen zusätzlichen Behandlungsplan verzichtet werden.

Die Formulierung von Satz 3 ist geeignet, die Öffnungsklausel insgesamt ins Leere laufen zu lassen. Hier wird eine bürokratische Hürde aufgebaut, die sachlich in keiner Weise gerechtfertigt ist. Die Klausel bietet kaum eine Öffnung für die in der BSG-Rechtsprechung geforderte Leistungserbringung in medizinisch begründeten Einzelfällen. Vielmehr konterkariert sie diese Zielsetzung, indem sie Krankenkassen neue Möglichkeiten eröffnet, die Leistungserbringung mittels einer Vielzahl anzufordernder Unterlagen abzuwehren. Somit ist zu befürchten, dass Krankenversicherte ihren Leistungsanspruch auch zukünftig erst mittels gerichtlicher Verfahren durchsetzen können.

Der Ermessensspielraum der Krankenkassen, dass nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Ausnahmefall vom Arzt verordnet und von den Krankenkassen genehmigt werden „dürfen“ ist nicht tolerabel. Das Gesetz sieht ein Ermessen für die Krankenkassen nicht vor. Mit der vorgesehenen Formulierung der Richtlinien ändert sich wenig an der zu Recht durch das Bundessozialgericht kritisierten rechtswidrigen Systematik des Ausschlusses von Häusliche Krankenpflege-Leistungen, die nicht in den Richtlinien aufgeführt sind, da sie den Kassen weiterhin die Möglichkeit eröffnet, auf breiter Front nicht erwähnte Leistungen ablehnen zu können. Damit würde die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts effektiv in der Praxis unterlaufen. In dem vorliegenden Entwurf wird weiterhin nicht klargestellt, dass der Versicherte einen Anspruch auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege hat und es keine Ermessensausübung durch die Krankenkassen geben kann, sondern die Krankenkassen lediglich prüfen müssen, ob die Maßnahme ärztlich verordnet wurde, ein Anspruch nach § 37 SGB V vorliegt und die Leistungen gemäß § 92 SGB V wirtschaftlich erbracht werden. Die Bundessozialgericht-Urteile bestätigen diese Rechtsauffassung (26.01.2006, B 3 KR 4/05 R, Rn. 21: *„Demzufolge bleiben Maßnahmen der Behandlungspflege, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind, auch außerhalb der HKP-RL in der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen.“* Das Gericht stellt weiter in Rn. 24 fest, dass eine Leistungsablehnung nicht mit der Begründung fehlender Verordnungsfähigkeit nach den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien zulässig ist, sondern nur mit der Begründung fehlender medizinischer Notwendigkeit. 10.11.2005, B 3KR 38/04 R, Rn. 19: *„Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der ordnungsfähigen Leistungen verstößt aber gegen höherrangiges Recht. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen, ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen, ...“.*

Die geforderte medizinische Begründung für den Ausnahmefall sollte vor dem Hintergrund des derzeitigen Umgangs der Beteiligten im Sinne einer Klarstellung weiter präzisiert werden. Dies vor allem um Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der

Begründung des Arztes auf das notwendige Maß zu reduzieren.

Die genannte Erforderlichkeit im Einzelfall sollte gestrichen werden. Eine solche wird bereits durch die vom Vertragsarzt ausgestellte und mit einer medizinischen Begründung versehenen Verordnung indiziert.

Die geforderte Wirtschaftlichkeit bedarf in noch größerem Maße einer Präzisierung. Durch den Verweis auf die Wirtschaftlichkeit, die im übrigen bei allen Verordnungen zu beachten ist, wird der Eindruck erweckt, es müsse in den genannten Ausnahmefällen eine besondere Wirtschaftlichkeit vorliegen. Falls jedoch das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot gemeint ist, ist diese Formulierung hier überflüssig und bietet lediglich Spielraum für Spekulationen.

Da es sich bei den oben genannten Leistungen zwar um solche handelt, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind, trotz allem jedoch als Leistungen der häuslichen Krankenpflege einzustufen sind, ist der Hinweis auf das Erfordernis eines ärztlichen Behandlungsplans entbehrlich. Gleiches gilt für den Hinweis auf die geeigneten Pflegekräfte. Insofern muss an dieser Stelle die Regelung zu I. 2. a. nicht ergänzt werden. Insgesamt beschreibt dieser Satz keine besonderen Anforderungen an die Ausnahmeverordnungen, sondern lediglich die allgemeinen Anforderungen, die an alle sonst gelisteten Leistungen ebenfalls gestellt werden.

Änderungsvorschläge:

- Satz 3 mit den Worten beginnen: In medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen ...
- Klarstellung, dass durch die Formulierungen keine zusätzlichen Anforderungen festgeschrieben werden.
- Präzisierung der geforderten medizinischen Begründung für den Ausnahmefall zur Klarstellung, um die Begründung des Arztes auf das notwendige Maß zu reduzieren.
- Streichung der Erforderlichkeit im Einzelfall.
- Hinweis auf Wirtschaftlichkeit ist entbehrlich / ist überflüssig / ist zu präzisieren.
- Die Anforderung, dass die Maßnahmen von geeigneten Pflegekräften zu erbringen sind, ist nicht zulässig / ist zu streichen.
- Der zusätzliche ärztliche Behandlungsplan ist entbehrlich / zu streichen.
- Werden Leistungen entsprechend § 37 SGB V verordnet, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind oder dort nicht in der ärztlich verordneten Art oder dem ärztlich verordneten Umfang aufgeführt sind, so ist die Krankenkasse verpflichtet, Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zu genehmigen, wenn sie medizinisch begründet und wirtschaftlich sind.
- Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig.
- Sonstige nicht im Leistungsverzeichnis behandlungspflegerische Maßnahmen sind gemäß § 37 SGB V verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn diese zur Behandlung einer akuten oder chronischen Erkrankung beim einzelnen Versicherten medizinisch notwendig sind. Dies gilt insbesondere auch für die medizinische Versorgung von Kindern.

Position UA HKP

Die Formulierungen „im Einzelfall erforderlich“, „wirtschaftlich“ und „von geeigneten Pflegekräften zu erbringen“ entsprechen den Vorgaben des SGB V (s. o.). Sie haben deklaratorischen Charakter.

Durch das Erfordernis „geeignete Pflegekräfte“, welches § 37 SGB V vorsieht, legt der G-BA keine Qualitätsanforderungen über das SGB V hinaus fest und greift damit nicht den Rahmenempfehlungen vor.

Zur Abgrenzung zu anderen nichtärztlichen Leistungserbringern. Auszug aus den tragenden Gründen:

Die Vorgabe, dass es sich bei den Maßnahmen um solche „der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V“ handeln muss, dient der Abgrenzung von anderen nichtärztlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 2 und § 73 Abs. 2 SGB V), z. B. von den Heilmitteln (dazu BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23: Abgrenzung von häuslicher Krankenpflege und Krankengymnastik).

Das Erfordernis, dass die Maßnahme Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sein muss, ergibt sich für die ausdrücklich zugelassenen Leistungen aus Nr. 6 der HKP-RL. Die Aufnahme in die Öffnungsklausel stellt sicher, dass dieses Erfordernis auch hier zum Tragen kommt.

Die medizinische Begründung muss in sich schlüssig sein. Sie stellt keine zusätzliche bürokratische Hürde dar.

Es wurden Bedenken geäußert, die RL könnte insoweit so verstanden werden, als sei den Krankenkassen ein Ermessensspielraum eingeräumt („dürfen“). Zur Klärung schlägt der UA HKP nachstehende neutral formulierte Änderung von Satz 3 vor.

Beratungsergebnis

Satz 3 wird wie folgt geändert:

Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen ~~verordnungs- und genehmigungsfähig und dürfen von der Krankenkasse genehmigt werden~~, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.

5.4.5 Auswertung der Stellungnahmen zu Satz 4 der Öffnungsklausel

Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig und dürfen nicht von der Krankenkasse genehmigt werden.

Stellungnahmen

Dieser Satz ist ersatzlos zu streichen. Er wird den besonderen Erfordernissen des Einzelfalls, insbesondere im Bereich der Kinderkrankenpflege, der onkologischen Krankenpflege, der AIDS- und Palliativkrankenpflege nicht gerecht. Alle unter Behandlungspflege aufgeführten Richtlinienleistungen stellen Maßnahmen der Diagnostik oder Therapie dar. Der behandelnde und verordnende Vertragsarzt muss in jedem Fall auch bei der Verordnung einer Richtlinienleistung prüfen, ob die Maßnahme aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls delegierbar ist oder ärztliches Handeln erfordert.

Die Einschränkung, die sich hinter dem Satz „Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig ...“ verbirgt, ist nicht den zukünftigen Herausforderungen angemessen. In einer erheblichen Anzahl von Regionen in Deutschland besteht eine hausärztliche Unterversorgung. Diskutiert werden eine Reihe von Lösungen, die voraussichtlich nur als Paket und nur in einer Vernetzung von bestehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen eine messbare Linderung der Situation erwarten lassen. Eine in der Diskussion stehende Möglichkeit ist, bestimmte ärztliche Aufgaben an examinierte Pflegekräfte zu delegieren. Auch un-

ter europäischer Perspektive erscheint der Handlungsspielraum examinierter Pflegekräfte erweiterbar bzw. die Grenzziehung zwischen Pflege und ärztlicher Profession durchaus als veränderungsfähig.

Es kann durchaus Tätigkeiten geben, die bislang von Ärzten und zukünftig von Pflegekräften (bei gleichzeitiger Verschiebung der entsprechenden Finanzbudgets) erbracht werden könnten. Derzeitig kann es aus bereits jetzt bestehenden strukturellen Versorgungsengpässen im Einzelfall dazu kommen, dass eine Delegation Maßnahmen ärztlicher Diagnostik und Therapie sinnvoll und notwendig sein kann, damit ein Patient überhaupt Leistungen erhält.

Die im Zusammenhang einer Öffnungsklausel für Einzelfälle vom G-BA vorgeschlagene Formulierung von Satz 4 halten wir für kontraproduktiv.

Änderungsvorschläge:

- Ersatzlose Streichung von Satz 4 (zweimalig genannt)

Position des UA HKP

Die Öffnungsklausel gilt nicht für Satz 4. Dieser Satz benennt Maßnahmen der ärztlichen Tätigkeit, die nach geltendem Recht nicht delegationsfähig sind.

Beratungsergebnis

Keine Änderungen notwendig.

5.5 Anhänge

5.5.1 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer
abschließenden Entscheidung zur Änderung
der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:
Öffnungsklausel für Einzelfälle

Vom 19. Dezember 2006

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2006 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2000 (BAnz S. 8 878), zuletzt geändert am 15. Februar 2005 (BAnz. S. 7 969) einzuleiten.

Es wird Gelegenheit gegeben, zu folgenden beabsichtigten Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien Stellung zu nehmen:

I. In Abschnitt I. (Grundlagen) wird Nummer 3 neu gefasst:

Die in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grundsätzlich dem dieser Richtlinie angefügten Leistungsverzeichnis (Anlage) zu entnehmen. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege ordnungs- und genehmigungsfähig. Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen ordnungsfähig und dürfen von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen. Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege ordnungsfähig und dürfen nicht von der Krankenkasse genehmigt werden.¹

¹ Wenn der behandelnde Vertragsarzt z. B. eine i. v. Injektion an Pflegefachkräfte / Pflegekräfte delegiert, trägt er die Verantwortung für die Durchführung und die Vergütung.

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

Nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Satz 2 SGB V und § 33 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) wird dem in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 8a SGB V und § 34 VerfO der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen beträgt 5 Wochen.

Düsseldorf, den 19. Dezember 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

5.5.2 Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen

Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen des G-BA zu Änderungen der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Öffnungsklausel für Einzelfälle / Spezielle Belange von Kindern; Sonstige Anpassungen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2006 beschlossen, gemäß § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V bzw. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA den in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringer vor seiner endgültigen Entscheidung über Änderungen der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Mit diesen geplanten Änderungen sollen

- eine Öffnungsklausel für medizinisch zu begründende Einzelfälle in die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien aufgenommen und
- die speziellen Belange von Kindern in den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien verankert sowie sonstige Aktualisierungen vorgenommen werden.

Anbei übersenden wir Ihnen die entsprechenden Beschlüsse des G-BA mit zugehörigen Erläuterungen. Unter Hinweis auf Ihre Pflicht zur vertraulichen Behandlung dieser Beschlüsse möchten Ihnen Gelegenheit zur Abgabe von schriftlichen Stellungnahmen zu den beiden geplanten Richtlinienänderungen innerhalb von 5 Wochen geben. Bitte senden Sie Ihre Stellungnahme daher bis zum

31. Januar 2007

an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Postfach 1763 in 53707 Siegburg. Wir weisen darauf hin, dass nach diesem Termin eingegangene Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden können. Bitte übersenden Sie uns Ihre Stellungnahme auch in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mailadresse: hkp@g-ba.de.

...

Anlage

- Beschlüsse des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V vom 19. Dezember 2006 über die Einleitung von Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen zu Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien

- Öffnungsklausel für Einzelfälle
- Spezielle Belange von Kindern / Sonstige Anpassungen
- Erläuterungen zu den Beschlüssen

5.5.3 Anschreiben an die Bundesärztekammer

Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen des G-BA zu Änderungen der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Öffnungsklausel für Einzelfälle / Spezielle Belange von Kindern; Sonstige Anpassungen)

Sehr geehrte Frau Dr. Klakow-Frank,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2006 beschlossen, der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 8a SGB V bzw. § 33 und § 34 der Verfahrensordnung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme vor seiner endgültigen Entscheidung über Änderungen der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) zu geben.

Mit diesen geplanten Änderungen sollen

- eine Öffnungsklausel für medizinisch zu begründende Einzelfälle in die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien aufgenommen und
- die speziellen Belange von Kindern in den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien verankert sowie sonstige Aktualisierungen vorgenommen werden.

Anbei übersenden wir Ihnen die entsprechenden Beschlüsse des G-BA mit zugehörigen Erläuterungen. Unter Hinweis auf Ihre Pflicht zur vertraulichen Behandlung dieser Beschlüsse möchten Ihnen Gelegenheit zur Abgabe von schriftlichen Stellungnahmen zu den beiden geplanten Richtlinienänderungen innerhalb von 5 Wochen geben.

...

Anlage

- Beschlüsse des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V vom 19. Dezember 2006 über die Einleitung von Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen zu Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien
 - Öffnungsklausel für Einzelfälle
 - Spezielle Belange von Kindern / Sonstige Anpassungen
- Erläuterungen zu den Beschlüssen

5.5.4 Liste der Stellungnahmeberechtigten nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V, Stand: 20. Dezember 2005

Organisation	Straße	Ort
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.	Oppelner Str. 130	53119 Bonn
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (früher: Arbeitgeber Verband Ambulanter Pflegedienste e. V.)	Roscherstr. 13 A	30161 Hannover
Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (AGH)	Bochumer Landstr. 223	45276 Essen
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V.	Karlsruher Str. 2 b	30519 Hannover
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. B.A.H.	Cicerostr. 37	10709 Berlin
Bundesverband Ambulante Dienste e. V.	Krablerstr. 136	45326 Essen
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Hannoversche Str. 19	10115 Berlin
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)	Geisbergstr. 39	10777 Berlin
Deutscher Caritasverband e. V.	Karlstr. 40	79104 Freiburg
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.	Oranienburger Str. 13/14	10178 Berlin
Deutsches Rotes Kreuz	Carstennstr. 58	12205 Berlin
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.	Reichensteiner Weg 24	14195 Berlin
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.	Im Teelbruch 126	45219 Essen
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.	Hebelstr. 6	60318 Frankfurt am Main

5.5.5 Erläuterungen für Stellungnehmer

zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer abschließenden Entscheidung zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:

Öffnungsklausel für Einzelfälle

vom 19. Dezember 2006

1. Einleitung

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Die Richtlinien des G-BA sind auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu halten. Der G-BA sieht es daher als seine Aufgabe an, die Richtlinien regelmäßig dahingehend zu überprüfen, ob Anpassungsbedarf besteht.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Satz 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 8a SGB V den betroffenen Heilberufekammern Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

2. Zweck und Inhalt des Beschlusses

2.1 Zweck der Änderung

Nach der jüngeren Rechtsprechung des BSG zur Verordnung häuslicher Krankenpflege stellen die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien des G-BA grundsätzlich einen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar, es sei denn, der G-BA habe die besondere Fallgestaltung nicht bedacht, die Rechtsbegriffe der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unzutreffend ausgelegt oder die Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmaßnahme evident fehlerhaft vorgenommen (siehe BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R). Allerdings habe der G-BA keine gesetzliche Ermächtigung für eine Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen, ihre Zuweisung zum Aufgabenbereich der Pflegeversicherung oder in die Eigenverantwortung der Versicherten (siehe BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R; BSG, 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R). Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien beschlossen.

Die Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien erfolgt zum einen durch ein Hervorheben der grundsätzlichen Anwendbarkeit des Leistungsverzeichnisses in Abschnitt I. (Grundlagen) Nummer 3 Satz 1 und 2 Häusliche Krankenpflege-Richtlinien. Zum anderen werden durch den neu angefügten Satz 3 auch Pflegemaßnahmen ver-

ordnungsfähig, die nicht im Leistungsverzeichnis enthalten sind, sofern dies im Einzelfall medizinisch geboten ist.

Die Öffnungsklausel im neu angefügten Satz 3 der Nummer 3 Häusliche Krankenpflege-Richtlinien, die im Einzelfall eine Verordnung häuslicher Krankenpflege außerhalb des Leistungsverzeichnisses vorsieht, enthält folgende Kernelemente:

- Beschränkung auf Maßnahmen, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind,
- Beschränkung auf Maßnahmen, die im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind,
- Abgrenzung der eingesetzten Pflegekräfte von den Vertretern anderer medizinischer Hilfsberufe,
- Sicherstellung der Qualität der Versorgung.

Von der Öffnungsklausel nicht betroffen sind Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie, da sie keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege darstellen. Dies wird in Satz vier klargestellt.

2.2 Erläuterungen der Öffnungsklausel

Die Öffnungsklausel in Nummer 3 Satz 3 Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gestattet die Verordnung von „nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführten Maßnahmen“ der häuslichen Krankenpflege. Dazu zählen zum einen Maßnahmen, die überhaupt nicht im Leistungsverzeichnis vorgesehen sind (z. B. Bewegungsübungen, die über die Mobilisation im Rahmen der Grundpflege hinausgehen; dazu BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R) und zum anderen Maßnahmen, die zwar im Leistungsverzeichnis vorgesehen sind, danach aber nur unter bestimmten, im Einzelfall nicht erfüllten Voraussetzungen ordnungsfähig wären (z. B. Blutzuckermessungen als Dauermaßnahme gemäß Nummer 11 des Leistungsverzeichnisses; dazu BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R).

Die Vorgabe, dass es sich bei den Maßnahmen um solche „der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V“ handeln muss, dient der Abgrenzung von anderen nichtärztlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 2 und § 73 Abs. 2 SGB V), z. B. von den Heilmitteln (dazu BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23: Abgrenzung von häuslicher Krankenpflege und Krankengymnastik).

Das Erfordernis, dass die Maßnahmen „Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans“ sind, dient der Klarstellung, dass die Verordnung häuslicher Krankenpflege außerhalb des Leistungsverzeichnisses ebenfalls den Anforderungen der Nummer 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien genügen und somit fachlich begründet sein muss.

Damit die Verordnung außerhalb des Leistungsverzeichnisses erfolgen kann, muss die häusliche Krankenpflege nach der neueren Rechtsprechung „im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich“ sein (BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23; BSG, 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R, Rn. 19; BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R, S. 5). Diese Voraussetzung wird in die Öffnungsklausel übernommen.

Die Vorgabe, dass Maßnahmen der häusliche Krankenpflege von „geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen“, entspricht der Formulierung des § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V und bezweckt zweierlei: Zum einen werden dadurch die ordnungsfähigen Pflegeleistungen von Maßnahmen der Krankenbehandlung abgegrenzt, die von anderen nichtärztlichen Leistungserbringern erbracht werden (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 2 und § 73 Abs. 2 SGB V), z. B. von Heilmittel-Erbringern (dazu BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23: Abgrenzung der Leistungen von Pflegekräften und Physiotherapeuten). Zum anderen wird durch die Hervorhebung der Eignung der Pflegekräfte dem Erfordernis ausreichender fachlicher Qualität der Leistungen Rechnung getragen (vgl.

§ 2 Abs. 1 Satz 3, § 70 Abs. 1, § 135 a Abs. 1 Satz 2 SGB V; vgl. BSG, 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23 letzter Satz). Damit wird insbesondere dem möglichen Missverständnis entgegengewirkt, dass für Pflegeleistungen außerhalb des Leistungsverzeichnisses niedrigere Qualitätsanforderungen gelten könnten als für Regelleistungen.