

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Vom 19. Juli 2018

### Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Änderungen in § 4 der Richtlinie</b> .....	<b>3</b>
2.1.1	Ergänzendes Ziel der pHKP (§ 4 Absatz 2 neu).....	3
2.1.2	Verordnungsdauer (§ 4 Absatz 4 neu) .....	3
2.1.3	Weitere Leistungsinhalte (§ 4 Absatz 5 neu).....	4
2.1.4	Verordnungsberechtigte Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 6 neu).....	5
2.1.5	Verordnungsvoraussetzungen und regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala (Absätze 8 und 9 neu) .....	6
2.1.6	Öffnungsklausel (Absatz 10 neu) .....	7
2.1.7	Vorzeitige Leistungsbeendigung (§ 4 Absatz 11 neu) .....	7
2.1.8	Vorzeitige Leistungsbeendigung (§ 4 Absatz 12 neu) .....	7
<b>2.2</b>	<b>Weitere Anpassungen in der HKP-Richtlinie</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3</b>	<b>Änderungen im Leistungsverzeichnis unter Nr. 27a</b> .....	<b>8</b>
2.3.1	Spalte „Leistungsbeschreibung“ .....	8
2.3.2	Änderungen in der Spalte „Bemerkung“ .....	8
2.3.3	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ .....	10
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen</b> .....	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>14</b>
<b>6.</b>	<b>Dokumentation der schriftlichen und mündlichen Expertenbefragung</b> .....	<b>16</b>
<b>6.1</b>	<b>Übersicht über teilnehmende Experten</b> .....	<b>16</b>
<b>6.2</b>	<b>Antworten</b> .....	<b>17</b>
6.2.1	Fragen zu Diagnosen und Indikationen.....	17
	Frage 1: Bei welchen Diagnosen sind Leistungen der pHKP indiziert? .....	17
	Frage 2: Ist eine Beschränkung der Diagnosen auf solche mit schweren Verlaufsformen geboten?.....	19
	Frage 3: Soll die pHKP auf bestimmte Störungsbilder gemäß ICD 10 Kapitel F fokussieren (beschränkt bleiben) und wenn ja, auf welche?.....	20

Frage 4: Gibt es Kontraindikationen (F-Diagnosen/Faktoren) für Leistungen der pHKP?	20
Frage 5: Ist die Nennung von Diagnosen für die Beschreibung des Patientenkollektivs zielführend oder bedarf es neben den aufgeführten Fähigkeitsstörungen einer Beschreibung weiterer Kriterien?	21
6.2.2 Fragen zur Abgrenzung	23
Frage 6: Welche Abgrenzungen zwischen der pHKP und der Soziotherapie sind zu beachten?	23
Frage 7: Welche Abgrenzungen gibt es zur ambulanten Richtlinien-Psychotherapie?	24
Frage 8: Ist die pHKP geeignet, Inhalte der ambulanten nervenärztlichen bzw. psychiatrischen Versorgung zu ersetzen/zu übernehmen, und wenn ja, welche?	26
Frage 9: Ist die pHKP geeignet, Inhalte der Versorgung durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen zu ersetzen/zu übernehmen, und wenn ja, welche?	27
Frage 10: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit der Leistungserbringer der pHKP mit den verordnenden Ärztinnen oder Ärzten und sollte diese ggf. in der HKP-Richtlinie spezifiziert werden?	27
6.2.3 Weitere Fragen	29
Frage 11: Wie können die Therapieziele von pHKP aussehen?	29
Frage 12: Wie lange sind im Durchschnitt Leistungen der pHKP erforderlich, um die Therapieziele zu erreichen?	31
Frage 13: Ist die nach dem Regelfall abnehmende Frequenz der Leistungserbringung im Verlauf der pHKP fachlich nachvollziehbar?	32
Frage 14: Ist der Zeitraum der ersten Verordnung von 14 Tagen nach § 4 Absatz 3 der HKP-Richtlinie zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau immer ausreichend?	33
Frage 15: Sind die in der Leistungsbeschreibung enthaltenen verordnungsfähigen Leistungen nach Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie medizinisch ausreichend und zweckmäßig?	34
Frage 16: Sind die verordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 4 der HKP-Richtlinie) ausreichend beschrieben?	35
<b>7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>38</b>
7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens	38
7.2 Eingegangene Stellungnahmen	38
7.3 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	39
7.4 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	48
7.5 Fließtext der Richtlinienänderung zum Stellungnahmeverfahren	66
7.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	77
7.6.1 Verordnung der häuslichen Krankenpflege	77
7.6.2 Leistungsverzeichnis Nummer 27a	114
7.7 Volltexte der Stellungnahmen	157
7.8 Mündliche Stellungnahmen	213
7.9 Wortprotokoll	215

## **1. Rechtsgrundlage**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigefügt. Für die unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses aufgeführten Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind in § 4 der Richtlinie Besonderheiten geregelt.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit Schreiben vom 25. Juli 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit den G-BA um Prüfung eines Aktualisierungsbedarfs der in der HKP-RL enthaltenen Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) gebeten und mögliche Änderungsbedarfe adressiert.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 17. Januar 2008 beschlossen, angesichts inhaltlicher Überschneidungen aufgrund vieler ähnlich gelagerter Versorgungsprobleme und Regelungsbedarfe die Beratungen zur pHKP und die Beratungen zur Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinie zusammenzuführen. Die Beratungen zur pHKP wurden mangels hinreichender Datenlage und im Rahmen der Beratungsplanung zunächst zurückgestellt und nach Abschluss der Beratungen zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im Mai 2015 wiederaufgenommen. Da aus einer systematischen Recherche der aktuellen Studienlage zur pHKP keine neuen Erkenntnisse zu gewinnen waren, wurde im Februar 2016 ein Expertengespräch zu diesem Thema durchgeführt (siehe Dokumentation Kapitel 6).

Die vorgenommenen Änderungen beschränken sich auf die in § 4 der Richtlinie geregelten Besonderheiten der pHKP und die unter Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen enthaltenen Ausführungen und Diagnosen für die Verordnung von pHKP.

### **2.1 Änderungen in § 4 der Richtlinie**

#### **2.1.1 Ergänzendes Ziel der pHKP (§ 4 Absatz 2 neu)**

Mit Absatz 2 wird die reguläre Zielsetzung der HKP-RL ergänzt, um die Besonderheit der pHKP hervorzuheben. Die pHKP soll dazu beitragen, dass die oder der Versicherte mit einer schweren psychischen Störung im Rahmen ihrer oder seiner Möglichkeiten in der gewohnten häuslichen Umgebung leben kann. Bezugspunkt ist demnach das aufgrund der vorliegenden psychischen Erkrankung bestmöglich erreichbare Funktionsniveau.

#### **2.1.2 Verordnungsdauer (§ 4 Absatz 4 neu)**

Die Regelungen für die Dauer der Verordnung von pHKP ergeben sich aus Absatz 4 (bisher Absatz 3). Sie wurden mit der aktuellen Beschlussfassung zur einheitlichen Handhabung in der Praxis präzisiert. Mit Blick auf die Dauer der Erstverordnung ergeben sich folgende mögliche Konstellationen:

1. Wenn der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zum Zeitpunkt der Erstverordnung eine Einschätzung möglich ist, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die in § 4 Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten umgesetzt werden kann (vgl. § 4 Absatz 3), ist die Dauer der Erstverordnung im Einzelfall und abhängig vom Bedarf der oder des Versicherten zu bestimmen. Es handelt

sich hierbei nicht um eine Neuregelung, sondern um eine Klarstellung einer bestehenden Regelung.

2. Ist der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt eine Einschätzung, ob die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen vorliegen, zum Zeitpunkt der Erstverordnung nicht möglich, ist die Erstverordnung zunächst auf 14 Tage beschränkt. Hierbei soll eingeschätzt werden, ob die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und der Beziehungsaufbau generell möglich ist. Hier hat die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt die Möglichkeit der Kontrolle und Überprüfung, ob diese Leistung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist.

2a) Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach diesen 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt werden, kann eine Folgeverordnung für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die Fähigkeitsstörungen nicht positiv beeinflusst werden können und dass mit der Behandlung verfolgte Therapieziel nicht umgesetzt werden kann, ist eine weitere Folgeverordnung nicht möglich. Für spätere Verordnungen kann das Vorliegen der Voraussetzungen erneut geprüft werden.

2b) Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu dem Ergebnis, dass eine abschließende Einschätzung, ob die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen vorliegen, nach 14 Tagen noch nicht möglich ist, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Da in diesen Konstellationen noch nicht abschließend geklärt werden konnte, ob die pHKP als Leistung überhaupt zielführend ist, ist der Verordnungszeitraum begrenzt. In dieser Zeit soll eruiert werden, ob die pHKP die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflussen und mit der pHKP die Therapieziele erreicht werden können.

Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach diesen 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt werden, kann eine Folgeverordnung für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach diesen 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die Fähigkeitsstörungen nicht positiv beeinflusst werden können und dass mit der Behandlung verfolgte Therapieziel nicht umgesetzt werden kann, ist eine weitere Folgeverordnung nicht möglich.

Als Folge aus den vorgenannten Änderungen wird im neuen Satz 5 (bisher Satz 3 des Absatzes 4) der Zusatz „(erneute)“ ergänzt, der verdeutlichen soll, dass es sich auch um eine erneute Folgeverordnung handeln kann.

Die Verordnungsdauer insgesamt wird nicht in § 4 Absatz 4 der HKP-RL geregelt, sondern wie bisher in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses. Diesbezüglich wird auf die Erläuterungen im Abschnitt 2.3.3 verwiesen.

### **2.1.3 Weitere Leistungsinhalte (§ 4 Absatz 5 neu)**

Satz 1 ist angelehnt an die bisherige Formulierung in § 4 Absatz 3 Satz 2. Statt dem bisherigen Begriff der Angehörigen wird nun der treffendere Begriff der „relevanten Bezugspersonen“ verwendet. Die Anleitung oder der Einbezug relevanter Bezugspersonen dient dazu, deren Ressourcen zur Unterstützung der Versicherten oder des Versicherten zu stärken. Damit ist kein eigenständiger Leistungsanspruch von relevanten Bezugspersonen gemeint. Mit „relevant“ sind in diesem Zusammenhang Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten gemeint. Solche relevanten Bezugspersonen können insbesondere Eltern, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Geschwister und Kinder oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten bzw. der Umsetzung der pHKP befasst sind.

Satz 2 konkretisiert, dass pHKP nach Möglichkeit in einer vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden soll, um eine optimale, differentialtherapeutisch abgewogene Behandlung zu

gewährleisten. Zudem können durch sektorenübergreifendes Zusammenwirken der ärztlich-medizinisch-therapeutischen Versorgung und des Hilfesystems, wie es durch weitere Leistungserbringer des psychosozialen Bereiches gegeben ist, synergistische Effekte genutzt werden.

#### **2.1.4 Verordnungsberechtigte Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 6 neu)**

Die Verordnung von pHKP soll nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Facharztgruppen erfolgen, da bei den zu Grunde liegenden Krankheitsbildern grundsätzlich nur durch die genannten Fachärztinnen und Fachärzte eine gesicherte und fachgerechte Behandlung ermöglicht werden kann. In Absatz 6 (bisher Absatz 5) wurden die Facharztbezeichnungen gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aktualisiert und in Spiegelstrichen aufgeführt.

Im dritten Satz des neuen Absatzes 6 wurde klargestellt, dass auch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen dürfen. Die Ergänzung hat deklaratorischen Charakter.

Dadurch soll keine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von pHKP von anderen im Sinne des § 95 SGB V zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß der HKP-RL ermächtigter Einrichtungen erfolgen. Es handelt sich aufgrund der Bedeutung psychiatrischer Institutsambulanzen (PIAs) bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen um eine Klarstellung.

Die Verordnung der pHKP durch PIAs kann nach § 3 Absatz 1 Satz 1 der HKP-RL durch die in § 4 Absatz 6 genannten Ärzte erfolgen. Hierbei ist der Facharztstandard (vgl. § 5 der PIA-Vereinbarung) zu gewährleisten.

Der neue Satz 4 in Absatz 6 (bisher Satz 2 in Absatz 5) regelt, welche weiteren Arztgruppen unter welchen Voraussetzungen pHKP verordnen dürfen.

Als weitere verordnungsberechtigte Arztgruppe neben den Hausärztinnen und Hausärzten werden Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie ergänzt. Mit der aktuellen Änderung der Richtlinie wird die Verordnung durch die Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie den Verordnungsmöglichkeiten der Hausärztinnen und Hausärzte gleichgestellt. Wie bei den Hausärztinnen und Hausärzten können nunmehr Verordnungen durch die Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie nur unter Diagnosesicherung durch die im § 4 Absatz 6 HKP-RL genannten Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Damit soll die Qualität hinsichtlich der fachspezifischen Diagnosesicherung im Kontext der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gestärkt werden. Aus diesem Grund wird ferner vorgesehen, dass bei Verordnung durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie die Diagnosestellung durch die Fachärztin oder den Facharzt nicht länger als vier Monate zurückliegen darf. Dies war bisher nicht klar geregelt.

Die Dauer der Verordnung durch die Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie im Rahmen der Regelindikation nach Absatz 9 sollte insgesamt sechs Wochen nicht überschreiten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass sich die Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit in die fachärztliche Behandlung begeben und die pHKP durch Fachärztinnen und Fachärzte verordnet wird. Somit wird sichergestellt, dass die Versorgung den fachlichen Anforderungen entspricht. Durch die Einfügung des Begriffes „sollte“ wird dennoch ermöglicht, dass Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie im Rahmen der Regelindikation nach Absatz 9 in Einzelfällen auch länger als sechs Wochen pHKP verordnen können.

Abweichend davon können Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie bei Indikationen der Öffnungsklausel nach Absatz 10 bis zu einer Dauer von sechs Wochen insgesamt verordnen. Diese strikte Begrenzung des Gesamtverordnungszeitraums ist damit begründet, dass insbesondere bei

Indikationen der Öffnungsklausel eine individuelle fachärztliche Einzelfallbetrachtung auch dahingehend erforderlich ist, ob Kontraindikationen für die pHKP vorliegen bzw. eine andere Versorgung zielführender ist. Die Regelung soll insbesondere eine Überbrückung beim Wechsel zwischen den Versorgungssektoren ermöglichen.

### **2.1.5 Verordnungsvoraussetzungen und regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala (Absätze 8 und 9 neu)**

In Absatz 8 Satz 1 werden die Voraussetzungen für die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege abgebildet, die bisher am Ende der Spalte „Bemerkung“ unter Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses enthalten war. Dabei wurde klargestellt, dass Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nur verordnungsfähig sind, wenn durch die psychiatrische häusliche Krankenpflege die genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflusst werden können und damit ein Verbleib in der Häuslichkeit ermöglicht werden kann; dies schließt eine intermittierende stationäre Maßnahme nicht aus. Ist im Vorfeld erkennbar, dass die Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege keinen positiven Einfluss auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) haben, kann psychiatrische häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Zur Operationalisierung der Bestimmung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und deren Ausmaß wird nun in Absatz 8 Satz 2 die Anwendung der GAF-Skala vorgesehen.

Die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) ist eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen<sup>1</sup>. Darüber hinaus ist die GAF-Skala integraler Bestandteil innerhalb der Achse V des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, DSM-IV). Als valides Instrument sollte die GAF-Skala daher zur Abschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität herangezogen werden. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen werden nicht in die GAF-Skala einbezogen<sup>2</sup>.

Als alleiniges Instrument zur Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivität(en) ist die GAF-Skala daher nicht geeignet. In Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch die Fachärztin oder den Facharzt ist sie ergänzend heranzuziehen<sup>3</sup>. In der Expertenanhörung des G-BA wurde ein Wert von 50 bis 41 auf der GAF-Skala genannt, bei dem die Einschränkungen der Fähigkeitsstörungen so gravierend sind, dass eine pHKP grundsätzlich sinnvoll sein kann.

Mit der Einführung der GAF-Skala sind keine Leistungseinschränkungen verbunden; vielmehr dient sie einer besseren Bestimmbarkeit der Funktionseinschränkungen.

In Satz 3 des Absatzes 8 wird darauf hingewiesen, dass Kontraindikationen eine Verordnung von pHKP ausschließen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn durch die Versorgung oder eine zu lange Dauer der Versorgung eine Besserung der Krankheitssymptome verzögert oder sogar verhindert wird. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Ressourcen der Patientin oder des Patienten i. S. des Selbsthilfepotentials unbeachtet bleiben (iatrogene Chronifizierung).

Im Anschluss an die allgemeinen Voraussetzungen für eine Verordnung von pHKP in Absatz 8 werden in Absatz 9 (Nr. 27a Leistungsverzeichnis) und 10 (Öffnungsklausel) die beiden Regelungskreise für eine Verordnung von pHKP genau beschrieben.

---

<sup>1</sup> vgl. Pedersen G, Karterud S. The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale; Comprehensive Psychiatry 2012

<sup>2</sup> vgl. Saß, H, Wittchen HU et al. Diagnostische Kriterien – DSM-IV-TR; Göttingen 2003, S. 48

<sup>3</sup> vgl. Expertenanhörung vom 16. Februar 2016, Kapitel 6

Die in Absatz 9 (neu) beschriebenen Voraussetzungen für eine Versorgung mit pHKP im Rahmen der unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses genannten Diagnosen (Regelindikationen) legen für die Anwendung der GAF-Skala einen Orientierungswert von 40 (höchstens  $\leq 50$ ) auf der GAF-Skala in die HKP-RL fest. Bei Werten zwischen 41 und 50 unterliegt es der fachlichen Einschätzung des Arztes, ob eine Versorgung mit pHKP angezeigt ist. Dies bedeutet, dass bei einem GAF-Wert von über 50 pHKP nicht verordnet bzw. erbracht werden kann.

Des Weiteren wird auch zur Indikationsstellung der Soziotherapie die GAF-Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens  $\leq 50$ ) im Rahmen der Verordnung im Regelfall herangezogen. Aufgrund der inhaltlichen Nähe der pHKP zur Soziotherapie ist es daher sinnvoll, beide Richtlinien mit Blick auf die Indikationsstellung zu harmonisieren, indem die HKP-RL der neugefassten Soziotherapie-Richtlinie diesbezüglich angepasst wird.

### **2.1.6 Öffnungsklausel (Absatz 10 neu)**

Im Rahmen der durchgeführten Expertenanhörung wurden die im Leistungsverzeichnis bisher genannten Diagnosen als relevante Diagnosen für eine pHKP grundsätzlich bestätigt und weitere relevante Diagnosen genannt. Dies hat der G-BA berücksichtigt. Grundsätzlich kann die Verordnung von pHKP daher nur bei den im Leistungsverzeichnis stehenden Diagnosen und den in § 4 Absatz 8 beschriebenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) bei einem GAF-Wert von 40 (höchstens  $\leq 50$ ) erfolgen (vgl. § 4 Absatz 9). Da abhängig vom Einzelfall psychiatrische häusliche Krankenpflege auch bei anderen psychischen Erkrankungen aus dem Bereich F00 bis F99 erforderlich sein kann, wurde – in Analogie zur Soziotherapie-Richtlinie – eine Öffnungsklausel für weitere Diagnosen eingeführt. Dabei ist im Rahmen der Verordnung besonders darauf zu achten, dass Kontraindikationen – insbesondere mit Blick auf eine Chronifizierung des Krankheitsbildes – ausgeschlossen werden (vgl. § 4 Abs. 10). Danach kann bei psychisch schwer Erkrankten aus dem Diagnosebereich F00 bis F99 psychiatrische häusliche Krankenpflege im Einzelfall verordnet werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es liegen Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt oder koordiniert werden kann. Dies spiegelt sich in einem GAF-Wert von kleiner gleich 40 wider.
- Die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in § 4 Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können. Es ist zu erwarten, dass die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele von der oder dem Versicherten erreicht werden können.
- Es ist absehbar, dass die pHKP dazu beitragen kann, dass die oder der Versicherte im Rahmen ihrer/seiner Möglichkeiten das Leben im Alltag selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann.

Die vorgenannten Anspruchsvoraussetzungen zur Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege außerhalb der Regelindikationen im Einzelfall müssen aus der Verordnung nachvollziehbar hervorgehen. Im Übrigen gilt mit Blick auf den Leistungsinhalt und -umfang die Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses.

### **2.1.7 Vorzeitige Leistungsbeendigung (§ 4 Absatz 11 neu)**

Die Ausführungen haben klarstellenden Charakter und bestätigen die grundsätzliche Geltung des § 7 Absatz 2 und des § 3 Absatz 5 HKP-RL.

### **2.1.8 Vorzeitige Leistungsbeendigung (§ 4 Absatz 12 neu)**

Die Therapieziele der pHKP müssen in einem begrenzten Zeitraum erreichbar sein. Die pHKP kann nur solange verordnet werden, wie mindestens ein Therapieziel gemäß Absatz 2 aus

fachlicher Sicht noch erreicht werden kann. Wenn die Therapieziele bereits vor Ablauf der Verordnung erreicht werden, ist die pHKP zu beenden und die Krankenkasse umgehend zu informieren. Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege sind zu beenden, wenn die Durchführung der Leistung aufgrund der mangelnden Mitwirkung der oder des Versicherten nicht möglich ist (z.B. wenn der Pflegedienst wiederholt nicht in die Wohnung gelassen wird).

## **2.2 Weitere Anpassungen in der HKP-Richtlinie**

Die Fußnote 2 zu § 3 Absatz 2 Satz 1 war zu streichen, da der dort enthaltene Hinweis aufgrund des inzwischen zu verwendenden einheitlichen Verordnungsformulars nicht mehr erforderlich ist.

Ferner wird in § 4 der HKP-RL einheitlich die Bezeichnung „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ verwendet, weshalb Anpassungen im Richtlinien text erforderlich waren.

## **2.3 Änderungen im Leistungsverzeichnis unter Nr. 27a**

### **2.3.1 Spalte „Leistungsbeschreibung“**

Zum 3. Spiegelstrich „Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung bzw. Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)“:

Die Ergänzung „Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ stellt klar, dass neben der Entwicklung von kompensatorischen Hilfen auch das Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel des eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung Inhalt der pHKP ist.

Ziel der Entwicklung kompensatorischer Hilfen bei vorliegenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten ist die Stärkung des Selbsthilfepotenzials sowie die Kompetenzerweiterung der oder des Versicherten im Umgang mit ihrer oder seiner Krankheit und Kenntnis von Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe.

Das Training von Fähigkeiten und die Entwicklung kompensatorischer Hilfen beinhaltet die Vermittlung spezieller stabilisierender Verhaltensweisen bei Gefühls-, Wahrnehmungs-, Verhaltens- und anderen Störungen und zur Konfliktbewältigung, Aktivierung/Training elementarer Verrichtungen und Fähigkeiten im täglichen Leben, Erarbeiten einer Tages- und Wochenstruktur und Schaffung einer sicheren Umgebung. Soweit dabei erforderlich, ist die pHKP nicht auf den häuslichen Bereich beschränkt.

Zum 4. Spiegelstrich „Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen“:

Sofern aufgrund der notwendigen Behandlung die Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen erforderlich ist, kann auf Wunsch der oder des Versicherten Hilfestellung geleistet werden.

### **2.3.2 Änderungen in der Spalte „Bemerkung“**

Eine fachärztliche Behandlung von psychisch erkrankten Menschen sollte auch dann erfolgen, wenn eine psychiatrische häusliche Krankenpflege erbracht wird. Da die hier in Rede stehenden Indikationen mit den jeweiligen Fähigkeitsstörungen so schwerwiegend sind, ist eine Behandlungsunterbrechung während einer Versorgung mit pHKP medizinisch-therapeutisch nicht gerechtfertigt.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde der bisherige Text in der Spalte „Bemerkung“ ergänzt („Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen:“), so dass die nachfolgenden

Diagnosebezeichnungen entsprechend der ICD 10-GM grammatikalisch angepasst werden mussten.

Ferner wurde die Liste der Diagnosen, bei denen pHKP im Rahmen des Regelfalles verordnungsfähig ist, ergänzt, was wie folgt begründet wird:

Zu F05.1 Delir bei Demenz ist charakterisiert durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Diese Störungen können ein Ausmaß erreichen, bei welchem die oder der Versicherte so stark beeinträchtigt ist, dass pHKP indiziert ist. Dies wurde im Rahmen der Expertenbefragung bestätigt (vgl. Frage 1, Herpertz).

Zu F31.-

Die Angabe der Diagnose wurde nicht inhaltlich geändert, sondern nur redaktionell angepasst und „-“ durch „bis“ ersetzt.

Zu F33.1.-

Diese Diagnose ist gekennzeichnet durch wiederholte depressive Episoden mit aktuell mittelgradiger Episode. Der Übergang zu schweren Episoden ist fließend (F33.2 und F33.3), so dass bereits bei F33.1 zwischenzeitlich auch stark eingeschränkten Fähigkeitsstörungen gegeben sind. Da bei Diagnose F33.1 bereits vorausgehende depressive Episoden und damit Rezidivgefährdung bekannt sind, besteht schon frühzeitig ein Interventionsbedarf. Hier soll mittels der pHKP der individuelle Bedarf an der Intensität der Intervention, auch der Zugang zu anderen Hilfestrukturen, rechtzeitig aufgebaut und erhalten werden.

Zu F42.1/2.- (neu)

Die Begleitung durch eine pHKP ist bei Menschen, die in Folge einer schweren psychischen Erkrankung hohe Funktionseinschränkung erleben, indiziert. Zwangserkrankungen bedingen bei stärkerer Ausprägung (entsprechend GAF-Wert) gravierende Funktionseinschränkungen.

Zu F42.1/2.- (neu)

Die Begleitung durch eine pHKP ist bei Menschen, die in Folge einer schweren psychischen Erkrankung hohe Funktionseinschränkung erleben, indiziert. Zwangserkrankungen bedingen bei stärkerer Ausprägung (entsprechend GAF-Wert) gravierende Funktionseinschränkungen.

Zu F43.1

Posttraumatische Belastungsstörungen resultieren aus existentiell bedrohlich erlebter, zumeist mit tiefgehender seelischer Erschütterung und Verzweiflung einhergehender Ereignisse. Die Störung tritt zumeist wenige Wochen nach dem Ereignis ein und sollte zur Vermeidung von Chronifizierung möglichst frühzeitig nach Diagnosestellung sowohl fachpsychiatrisch bzw. psychotherapeutisch angegangen werden. Dabei kann gerade in der frühen Erkrankungsphase aufgrund der Schwere der psychisch bedingten Fähigkeitseinschränkung der Einsatz aufsuchender psychiatrischer Hauskrankenpflege eine wesentliche therapeutische Unterstützung darstellen.

Zu F53.1 – Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett

Die F53.1 indiziert typischerweise eine stationäre Krankenhausleistung, bedingt durch die Schwere der Störung. Zur Verkürzung oder Vermeidung einer Krankenhausbehandlung kann pHKP angezeigt sein.

Zu F60.3

Die Aufnahme der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) beruht einerseits auf den Aussagen im Rahmen der Expertenbefragung des G-BA am 16. Februar 2016 sowie auf den aktuellen Erfahrungen in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten. Insbesondere im Bereich des Borderline-Typus mit einer Störung des Selbstbildes sowie einem chronischen Gefühl von Leere und ggf. selbstdestruktivem Verhalten kann mittels der pHKP in der

Kombination mit weiteren Therapiemaßnahmen (z. B. pharmakologische Therapie) ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden werden.

In der Textpassage nach Aufführung der Diagnosen wird die Voraussetzung, dass das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann, gestrichen.

Die Indikation zur pHKP kann nicht davon abhängig gemacht werden, dass eine eventuell primär einzusetzende Medikamentengabe allein nicht ausreichend zur Therapie ist. So kann sowohl die Unterstützung ggf. Hinführung zu einer Medikamenteneinnahme eine Indikation zur pHKP darstellen wie auch Krankheitsbilder, die nicht grundsätzlich prioritär durch Medikamentengaben zu behandeln sind. pHKP kann auch bei nicht medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten indiziert sein.

Die Voraussetzungen der Verordnungsfähigkeit wurden im Richtlinienentwurf unter § 4 Absatz 8 bis 10 zusammengeführt, so dass die Darstellung der Fähigkeitsstörungen nun dort und nicht mehr im Leistungsverzeichnis unter Nummer 27a erfolgt. Ergänzend wurden die Verordnungsvoraussetzungen der Öffnungsklausel nach § 4 Absatz 10 auch in der Bemerkungsspalte der Vollständigkeit halber abgebildet.

### **2.3.3 Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“**

Sollte pHKP für einen Ordnungszeitraum von insgesamt mehr als vier Monaten erforderlich sein, ist im Zusammenhang mit der Verordnung anzugeben, inwieweit die pHKP auf die Fähigkeitsstörung positiv einwirken, die oder der Versicherte stabilisiert und die Zielsetzung der pHKP erreicht werden kann.

Ist erkennbar, dass ein Ordnungszeitraum von vier Monaten nicht ausreicht und nur mit einer Verlängerung der Ordnungsdauer eine anhaltende positive Beeinflussung der Fähigkeitsstörung(en) erreicht werden kann, kann eine Verordnung auch über diese vier Monate hinaus erfolgen, wenn die Notwendigkeit der Weiterführung der pHKP und die zu erwartenden Verbesserungen der Fähigkeitsstörung(en) begründet werden. Eine Verlängerung über vier Monate hinaus kann beispielsweise angezeigt sein, um damit individuelle bezugstherapeutische Aspekte oder auch Krankheitsrezidiven Rechnung tragen zu können. Dies ist im Behandlungsplan als Bestandteil der Verordnung zu begründen.

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege soll keine Leistung sein, die eine dauerhafte Begleitung oder Versorgung gewährleistet.

Die abnehmende Frequenz wurde gestrichen. Darüber hinaus wurde die Vorgabe, wonach der Krankenkasse der Behandlungsplan vorzulegen ist, aus systematischen Gründen in den Richtlinienentwurf nach § 4 Absatz 7 verschoben.

## **3. Würdigung der Stellungnahmen**

Bei Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen ergaben sich folgende Änderungen am Beschlussentwurf:

§ 4 Absatz 2 wird konsentiert und wie folgt gefasst:

*„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“*

Im neuen § 4 Absatz 3 werden die Wörter *„Bei psychisch Kranken ist“* gestrichen und nach dem Wort *„Krankenpflege“* das Wort *„ist“* eingefügt.

§ 4 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

*„Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die relevanten Bezugspersonen der oder des Versicherten einzubeziehen und im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung anzuleiten, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.“*

§ 4 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt geändert:

*„Zudem soll die Pflege in den (gemeinde-)psychiatrischen Verbund oder anderer vernetzter Behandlungsstrukturen eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.“*

Als neue Absätze 9 und 10 werden in § 4 eingefügt:

*„(9) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind im Rahmen der Regelindikation nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses genannten Diagnosen. Dabei gilt bei den in der Bemerkungsspalte genannten Diagnosen (Regelindikation) ein Orientierungswert im Rahmen der GAF-Skala von 40 (höchstens ≤ 50). Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.*

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

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

Die Spiegelstriche 3 und 4 in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ werden wie folgt gefasst:

- „- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung bzw. Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen),*
- Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.“*

Die Liste der Diagnosen nach der Angabe „Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen:“ wird wie folgt gefasst:

*„F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)*

*F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn*

*F01.1 Multiinfarkt-Demenz*

*F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz*

*F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit*

*F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*

*F02.2 Demenz bei Chorea Huntington*

*F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom*

*F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit*

*F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern*

*F04.- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt*

- F05.1 Delir bei Demenz*
- F06.0 Organischer Halluzinose*
- F06.1 Organischer katatonen Störung*
- F06.2 Organischer wahnhafter Störung*
- F06.3 Organischer affektiver Störungen*
- F06.4 Organischer Angststörung*
- F06.5 Organischer dissoziativer Störung*
- F06.6 Organischer emotional labiler Störung*
- F07.0 Organischer Persönlichkeitsstörung*
- F07.1 Postenzephalitischesm Syndrom*
- F07.2 Organischesm Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma*

<i>PatV</i>
<i>F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, mit Ausnahme von F10.0, F10.1, F10.3, F10.4 sowie F10.9</i>
<i>F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, mit Ausnahme von F11.0, F11.2, F11.3 sowie F11.9</i>
<i>F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, mit Ausnahme von F12.0, F12.2, F12.3 sowie F12.9</i>
<i>F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, mit Ausnahme von F13.0, F13.1, F13.3, F13.4 sowie F13.9</i>
<i>F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, mit Ausnahme von F19.0, F19.1, F19.3, F19.4 sowie F19.9</i>

- F20.- Schizophrenie*
- F21.- Schizotyper Störung*
- F22.- Anhaltender wahnhafter Störung*

<i>PatV/KBV</i>	<i>GKV-SV/DKG</i>
<i>F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen</i>	--

- F24.- Induzierter wahnhafter Störung*
- F25.- Schizoaffektiver Störung*
- F30.- Manischer Episode*
- F31.- Bipolarer affektiver Störung mit Ausnahme von: F31.7 bis F31.9*
- F32.- Depressiver Episode mit Ausnahme von: F32.0, F 32.1 und F 32.9*
- F33.- Rezidivierender depressiver Störung mit Ausnahme von: F33.0, F 33.1, F 33.4, F 33.8 und F33.9*
- F41.0 Panikstörung, auch wenn sie auf sozialen Phobien beruht*
- F41.1 Generalisierter Angststörung*
- F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen*

*F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt*

*F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung*

*F53.1 Schwere psychische Verhaltensstörung im Wochenbett*

*F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“*

Die Wörter nach der Angabe „*F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung*“ werden durch folgende Wörter ersetzt:

*„In begründeten Einzelfällen bei Diagnosen nach F00 bis F99, wenn folgende Voraussetzungen aus der Verordnung hervorgehen:*

- Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) liegen in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann, bei einem GAF-Wert von  $\leq 40$ , und*
- die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in § 4 Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen und die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreichen zu können.“*

Aufgrund der mündlichen Anhörung wird folgender Absatz 11 in § 4 angefügt:

*„Wurden die Therapieziele vor Ablauf des Ordnungszeitraums erreicht, endet der Anspruch auf psychiatrische häusliche Krankenpflege. Sind die Therapieziele nicht mehr mit den Möglichkeiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erreichbar oder fehlt anhaltend die Mitwirkung der oder des Versicherten, ist die Maßnahme der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beenden.“*

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 7 dokumentiert.

#### **4. Bürokratiekostenermittlung**

Mit der Änderung der HKP-Richtlinie unter § 4 wird für den Bereich der pHKP das Instrument der GAF-Skala zur Darstellung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörung) eingeführt. Diese Neueinführung betrifft sowohl die Fachärztinnen und Fachärzte als auch die Hausärztinnen und Hausärzte und erfordert im Rahmen des Ausstellens der Verordnung einen zusätzlichen Aufwand für die Angabe des GAF-Wertes auf dem Ordnungsformular und dessen nachvollziehbarer Dokumentation.

Der hierfür erforderliche Mehraufwand wird auf rund 3 Minuten je Verordnung geschätzt. Dieser zusätzliche zeitliche Aufwand in Höhe von 3 Minuten entspricht bei hohem Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) zusätzlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2,67 Euro je Fall. Bei geschätzt rund 37.300 pHKP-Verordnungen jährlich ergeben sich somit jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 99.590 Euro.

Die Aufnahme weiterer Diagnosen erhöht zudem die Zahl der Leistungsempfänger. Einhergehend damit kommt es zu einem Anstieg der ärztlichen Verordnungen (Erst- und Folgeverordnungen) und erforderlichen Anpassungen der Behandlungspläne.

Aus dieser Fallzahlsteigerung erfolgt jedoch keine Ermittlung der Bürokratiekosten, da die Anzahl neuer Verordnungen aufgrund der Neufassung der Richtlinie nicht mehr als 50 % im Vergleich zu den bisher im Rahmen der HKP ausgestellten Verordnungen betragen werden.

Im Leistungsverzeichnis ist hinsichtlich der Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen geregelt, dass bei einem Ordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten die Verlängerung zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen ist, inwieweit die pHKP weiterhin positiv auf die Fähigkeitsstörungen einwirken kann. Schon bislang sind in aller Regel Abweichungen von den Empfehlungen zur Dauer und Häufigkeit i.S. einer Verlängerung der Ordnungsdauer zu begründen. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass mit dem expliziten Verweis

auf den Behandlungsplan als Ort der Begründung sowie der konkreten Benennung der zu begründenden Sachverhalte im Einzelfall ein höherer Aufwand für die Abfassung der Begründung einhergeht. Dieser Mehraufwand wird auf 8 Minuten je Fall geschätzt. Es wird davon ausgegangen, dass Verlängerungsanträge in rund 15 % aller Fälle erforderlich sind. Dies wären rund 5.600 Vorgänge jährlich. Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass der o.g. Mehraufwand von 8 Minuten je Fall nicht bei allen Vorgängen zum Tragen kommt, da die grundsätzliche Erforderlichkeit einer Begründung von Verlängerungsanträgen bereits nach derzeitigen Richtlinienfassung besteht. Eine konkrete Bezifferung einer Fallzahl lässt sich an dieser Stelle nicht vornehmen.

Mit der expliziten Nennung der psychiatrischen Institutsambulanzen als verordnungsberechtigte Leistungserbringer kann eine Erhöhung der entsprechenden Verordnungszahlen einhergehen. Eine Schätzung dieses Anstiegs kann jedoch aufgrund fehlender Verordnungszahlen für diesen Bereich nicht vorgenommen werden.

Da kein neues Verordnungsrecht vorgesehen ist, ist insgesamt von einer geringen Fallzahlrelevanz auszugehen.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
25.07.2007		Schreiben vom 25. Juli 2007 des Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Prüfung eines Aktualisierungsbedarfs der in der HKP-RL enthaltenen Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP)
17.01.2008	G-BA	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO
16.02.2016	AG	Expertengespräch
21.09.2017	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der HKP-RL
29.11.2017	UA VL	Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
27.06.2018	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen
19.07.2018	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HKP-RL
26.09.2018		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
11.10.2018		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
12.10.2018		Inkrafttreten

Berlin, den 19. Juli 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **6. Dokumentation der schriftlichen und mündlichen Expertenbefragung**

Grundlagen: Schriftliche Expertenbefragung vom 25. Januar 2015 und mündliches Expertengespräch am 16. Februar 2016 in Berlin

### **6.1 Übersicht über teilnehmende Experten**

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Experten</b>
1	Herr Dr. Günter Meyer
2	Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
3	Frau Dr. med. Iris Hauth
4	Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

## 6.2 Antworten

### 6.2.1 Fragen zu Diagnosen und Indikationen

#### Frage 1: Bei welchen Diagnosen sind Leistungen der pHKP indiziert?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Für die Pflegekonzepte stehen die Diagnosen nicht so sehr im Vordergrund, sondern vielmehr die Fähigkeitsstörungen sowie die Fähigkeit zur Adherence.</p> <p>Fähigkeitsstörungen, die den pflegerischen Alltag betreffen, lassen sich nur schwerlich auf bestimmte Diagnosen begrenzen. Stellt man, von dieser Perspektive aus betrachtet, die Fähigkeitsstörungen in der Vordergrund, würde sich eine Fokussierung auf bestimmte Diagnosen erübrigen. Verbleibt man jedoch in der bestehenden Systematik, ist eine Erweiterung der Diagnosen sinnvoll und kann aus der Praxis auch inhaltlich begründet werden.</p> <p>Erfahrungen mit einem erweiterten Diagnosekatalog wurden in erster Linie durch die vielen Integrierten Versorgungsverträge gesammelt, beispielhaft können hier die IV Verträge in Niedersachsen, Berlin und Brandenburg genannt werden. In allen Verträgen ist eine Ausweitung der Indikationen vorgenommen worden durch Benennung zusätzlicher Diagnosen. Der Umfang dieser Ausweitung in den IV Verträgen ist bei den verschiedenen Krankenkassen jedoch sehr verschieden. Gemein ist allen Verträgen die Erweiterung auf F23, F40 und F60 sowie der Ausschluss der F10- Diagnosen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: PHKP komme insbesondere auch dann in Betracht, wenn mehrere psychische Erkrankungen zugleich vorliegen. Dies gelte insbesondere in der Anfangsphase.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Der Diagnosekatalog, wie er derzeit besteht, hat sich bewährt und sollte beibehalten werden.</p> <p>Eine F-Diagnose per se sagt jedoch oft nichts über den Schweregrad bzw. die Fähigkeitsstörung der betroffenen Menschen aus.</p> <p>Es gibt psychische Erkrankungen, die im Diagnosekatalog nicht aufgeführt sind, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Traumafolgestörungen, Zwangsstörungen, die einen hohen Fähigkeitsverlust mit sich bringen können und bei denen die pHKP indiziert sein kann.</p> <p>Ebenso sollte das gleichzeitige Vorliegen von weiteren psychischen Krankheiten und/oder körperlichen Krankheiten eine Indikation für pHKP darstellen. (Psychische und/oder somatische Komorbidität). Hier kommt es häufig zu einem komplexen Zusammenwirken von Fähigkeitsstörungen, die zu einem mittel- bis langfristig schlechteren Verlauf sowohl der psychischen als auch der körperlichen Erkrankung führen (z. B. Depression F32.1 oder F33.1 plus Traumafolgestörungen wie Dissoziationen/Intrusionen, „double Depression“ F32.1 oder F33.1 plus Dysthymie F34.1, De-pression F32.1 oder F33.1 plus Diabetes oder Depression F32.1 oder F33.1 plus koronare Herzkrankheit).</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP sollte hier auch gegeben sein.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung zusammenfassend zu den Fragen 1 bis 3:</p>

Experten	Antwort
	Die Feststellung eines schweren Verlaufes sei schwerlich allein anhand von Diagnosen möglich, da manche Diagnosen individuell leichte und schwere Verlaufsformen haben könnten. Daher solle keine der bisher für pHKP vorgesehene Diagnose gestrichen werden. Vielmehr sei eine Erweiterung denkbar. Wichtig sei, dass bei leichterem Verlauf Krankheiten in ihrer Kombination mit psychischer und/oder somatischer Komorbidität individuell schwere Krankheitsbilder darstellen könnten.
Frau Dr. med. Iris Hauth	Die Begleitung durch eine pHKP ist bei Menschen, die in Folge einer schweren psychischen Erkrankung hohe Funktionseinschränkung erleben, indiziert. Dies kann beispielhaft bei einer schweren Depression, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung, einer schweren bipolaren Störung, Zwangs- oder Angststörung, Posttraumatischen Belastungsstörung, dementiellen Erkrankung, Suchterkrankung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung der Fall sein. Entsprechend ist die Einschränkung auf einzelne Diagnosegruppen nicht sinnvoll, da ein schwerer Verlauf und eine hohe Symptomlast bei unterschiedlichsten Diagnosen zutreffend sein kann oder sich aus Komorbiditäten ergibt. Neben der Diagnose sollte das Kriterium der Fähigkeitsstörungen, z.B. gemessen in GAF (Global Assessment of Functioning) als Indikation angewendet werden.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Eine Indikationsausweitung ist indiziert bei: F05.1 Delir bei Demenz F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie F23.1 Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie F23.2 Akute schizophrenieforme psychotische Störung F42 Zwangsstörung F60.3 Emotional instabiler Persönlichkeitsstörung Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Als weitere Indikation zusätzlich zu den oben genannten komme die Gruppe der Essstörungen in Betracht. Einer Erweiterung auf alle F60-Diagnosen stehe entgegen, dass es bei vielen der Diagnosen zu einer regressiven Entwicklung des Gesundheitszustandes kommen kann, wenn die Selbstverantwortung der Patienten zurücktritt.

Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:

Auf die Frage, weshalb bei (chronischen) Suchterkrankungen keine Leistungserbringung erfolgen soll bzw. nur dann, wenn die Suchterkrankung die Zweitdiagnose darstelle:

- Alle Experten: Ein fachlicher Grund sei hierfür nicht gegeben. Aufgrund des bestehenden Systems der Suchtkrankenhilfe werde die erforderliche Betreuung in deren Rahmen und neben der allgemeinen HKP durch andere Formen der Suchtbegleitung erbracht. Dies habe auch historische Gründe.
- Frau Dr. Hauth: Denkbar wäre ein Bedarf von pHKP für Suchtkranke, die sich im Übergang vom Entzug zur Entwöhnung befinden.
- Herr Dr. Meyer: Die F42 Diagnosen (Zwangshandlungen) sollten nicht von der pHKP-Indikation ausgeschlossen sein. Die Indikation sollte aufgrund einer vorhandenen Fähigkeitsstörung erfolgen.

## Frage 2: Ist eine Beschränkung der Diagnosen auf solche mit schweren Verlaufsformen geboten?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Diese Einschränkung macht aus Sicht der Pflege keinen Sinn. In der alltäglichen Praxis ist die psychiatrische Pflege mit den verschiedensten Verlaufsformen konfrontiert. Aufgrund der vielfach vorhandenen Komorbiditäten psychiatrischer und somatischer Erkrankungen müssen oft unterschiedliche Verlaufsformen parallel und gleichzeitig gesteuert werden.</p> <p>Grundsätzlich wird von der Philosophie ausgegangen, dass jede Verlaufsform gesteuert werden sollte und jede Verlaufsform beeinflusst werden kann. Psychiatrische Erkrankungen können beispielsweise sowohl einen rezidivierenden als auch einen sich zuspitzenden Verlauf nehmen. Die Pflege könnte hier eine wichtige Funktion übernehmen und den Krankheitsverlauf im Kontext der Häuslichkeit beobachten.</p> <p>Das Verlaufskurvenmodell nach Corbin-Strauss beispielsweise gehört zur Standardausbildung in der psychiatrischen Pflege und ist in vielen Pflegekonzepten integriert<sup>4</sup>. Aufgrund der Möglichkeit einer engmaschigen Betreuung ist die psychiatrische Pflege in der Lage, eine Verlaufskurve zu erstellen, die wiederum für den ärztlichen Behandlungsplan eine wichtige Information darstellen könnte mit dem Ziel einer gezielten Steuerung und Reihenfolge der Interventionen.</p> <p>Die Pflege wird in der Regel während einer akuten Phase gerufen. Auch bei Diagnosen mit leichten Verlaufsformen kann mit pflegerischem Beistand eine stationäre Einweisung vermieden und eine schnelle Stabilisierung bewirkt werden. Darüber hinaus lassen sich bei leichten Krankheitsverläufen noch sehr viel einfacher präventive Maßnahmen umsetzen. Damit ist nicht gemeint, dass jede leichte Erkrankung automatisch pHKP erhalten soll. Vielmehr sollte in Betracht gezogen werden, dass bestimmte Kontextfaktoren (z.B. instabile Häuslichkeit, familiäre Konflikte, Kinder, Familienangehörige mit infauster Prognose, etc.) Hinweise auf eine ungünstige Prognose geben können. Mit Hilfe von pHKP könnte ein stabiles Netzwerk aufgebaut werden, um die Sprengkraft der Kontextfaktoren zu minimieren.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Psychiatrische Krankheitsbilder zeigen in der Regel einen sehr individuellen, nicht linearen, oft rezidivierenden, schubförmigen oder auch chronisch progredienten Verlauf.</p> <p>Ein psychisch erkrankter Mensch kann bei vielen der genannten Diagnosen zu einem Zeitpunkt keine oder sehr geringe Fähigkeitsstörungen haben, zu einem anderen Zeitpunkt aber sehr schwere Fähigkeitsstörungen zeigen.</p> <p>Insofern ist eine Beschränkung der Diagnosen auf solche mit (in der Regel) schweren Verlaufsformen nicht geboten. Es sollte dem verordnenden Arzt/Ärztin anhand seiner/ihrer klinischen Einschätzung individuell möglich sein, zeitlich begrenzte Kontingente von pHKP mit individuellen Zielsetzungen zu verordnen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Auf Nachfrage, ob z. B. für Depression nach F32.1 oder F33.1 bei gleichzeitigem Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit nicht auch allgemeine HKP ausreichend sei: Ein Bedarf für pHKP werde bei Patienten mit bestehender zusätzlicher Komorbidität gesehen, da diese auch bei leichten Verläufen Alltagsrelevanz erhalte. Besonders deutlich werde dies bei der Kombination von psychischen Erkrankungen mit einer Diabetes-Erkrankung.</p>

<sup>4</sup> vgl. hierzu Sauter D; Abderhalden C; Needham I et al. (Hrsg) (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege, Bern; Gaßmann M; Marschall W; Utschakowski J (Hrsg.) (2006) „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care“, Berlin.

Experten	Antwort
Frau Dr. med. Iris Hauth	S.o. [Frage 1] Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Eine Kontingentlösung für Schwerstkranke wird befürwortet.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Eine Beschränkung auf schwere Verlaufsformen entweder bedingt durch Grunderkrankung oder durch relevante Co-Morbiditäten (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen oder somatische Erkrankungen) ist sinnvoll. Bei bestimmten Diagnosen stehe Psychotherapie an erster Stelle – dies könne nicht durch (p)HKP ersetzt werden.

### Frage 3: Soll die pHKP auf bestimmte Störungsbilder gemäß ICD 10 Kapitel F fokussieren (beschränkt bleiben) und wenn ja, auf welche?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	Wie in der ersten Frage bereits ausgeführt, gibt es gute Gründe, den Rahmen der Indikationen zu erweitern. Es hat sich in der Praxis allerdings durchgesetzt, dass die Suchterkrankungen (F10-) als Primärdiagnose bei keiner Ausweitung der Diagnosen mitbedacht wurden. Als Sekundärdiagnose prägt sie jedoch den pflegerischen Alltag, zählt zu den üblichen Herausforderungen der pHKP und darf deswegen kein grundsätzlicher Ausschlussgrund sein. Neben den F-Diagnosen sollten auch Störungsbilder aus dem Kapitel G gemäß ICD 10 für pHKP einbezogen werden. Beispielhaft angeführt mögen hier die Diagnosen G10, G20 und G30-32 sein.
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Die bisher bestehenden Indikationen sollen erhalten bleiben und möglichst durch weitere Krankheitsbilder mit schweren Fähigkeitsstörungen ergänzt werden, siehe die Ausführungen unter 1. und 2.
Frau Dr. med. Iris Hauth	S.o. [Frage 1]
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Die pHKP sollte auf definierte Krankheitsbilder gemäß ICD-10 beschränkt bleiben (s. bestehender Indikationskatalog sowie Ergänzungsvorschläge unter 1.).

### Frage 4: Gibt es Kontraindikationen (F-Diagnosen/Faktoren) für Leistungen der pHKP?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	Grundsätzlich kann psychiatrische Pflege nur erbracht werden, wenn eine Akzeptanz für pHKP vorhanden ist. Besteht keine Bereitschaft mit der psychiatrischen Pflegekraft zusammenzuarbeiten, ist eine wesentliche Kontraindikation gegeben. Demgegenüber sollte auch bei einer pathologischen Regression psychiatrische Pflege nicht eingesetzt werden. Sie darf hier nicht instrumentalisiert werden beispielsweise für einen primären, sekundären oder auch tertiären Krankheitsgewinn.

Experten	Antwort
	Weitere Faktoren sind die Selbst- und Fremdgefährdungen, die eine minutiöse Betreuung notwendig machen und ambulant kaum aufgefangen werden können.
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Bei korrekt gewählter Indikation gibt es keine Kontraindikationen. Es gilt das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“, eine Förderung von Regression und Abhängigkeit vom Hilfesystem ist zu vermeiden.
Frau Dr. med. Iris Hauth	Der Forschungsstand erlaubt hierzu keine allgemeingültige Aussage. Allerdings muss nach einer angemessenen Behandlungszeit von circa 2 bis 4 Wochen eine ausreichende Compliance der Patienten vorhanden sein.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Störungen, die nicht denen im Indikationskatalog entsprechen oder deren Schweregrad nicht so hoch ist, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann.

**Frage 5: Ist die Nennung von Diagnosen für die Beschreibung des Patientenkollektivs zielführend oder bedarf es neben den aufgeführten Fähigkeitsstörungen einer Beschreibung weiterer Kriterien?**

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Zusätzliche Kriterien für die Beschreibung des Patientenkollektivs sind nicht notwendig. Die bestehende Kombination von definierten Diagnosen und Fähigkeitsstörungen hat sich im Alltag bewährt und ist bei allen Akteuren eingespielt. In diesem Sinne ist die praktizierte Systematik ausreichend.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Durch Feststellung des GAF-Wertes dürfe keine zusätzliche bürokratische Hürde geschaffen werden. Andererseits habe sich die GAF-Skala bei der Verordnung von Soziotherapie bewährt. Entscheidend sei eine Ermöglichung dynamischer, flexibler Entscheidungen des Arztes. Die in der Richtlinie aufgeführten Kriterien für Fähigkeitsstörungen hätten sich aber für pHKP ebenso bewährt und seinen in der Praxis aus pflegerischer Schicht gut anzuwenden, um Fähigkeitsstörungen im Alltag auszumachen.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Die Nennung von Diagnosen nach dem derzeitigen Katalog unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Diagnose-Erweiterungen, die Beantwortung der Frage nach psychischer und/oder somatischer Komorbidität sowie die Angabe der aufgeführten Fähigkeitsstörungen ist zielführend.</p> <p>Bei der zusätzlichen Schaffung von Kriterien, wie z. B. Anwendung des GAF oder der ICF, wäre eine unnötige Bürokratisierung zu befürchten.</p> <p>Es sollte der Indikationsstellung durch den Facharzt/die Fachärztin aufgrund deren medizinischer Expertise der Vorzug gegeben werden.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Die in der Richtlinie aufgeführten Kriterien für Fähigkeitsstörungen hätten sich für pHKP bewährt. Die Anwendung der GAF-Skala sei nicht zwingend erforderlich. Einiges (z.B. Bürokratiewuchs) spreche auch dagegen. Auch andere bestehende Instrumente aus dem Bereich</p>

Experten	Antwort
	<p>der Pflege kommen in Betracht (z.B. North American Nursing Diagnosis Association „NANDA“). Denkbar sei aber auch, dass Ärzte bei Verordnung den ihnen zukommenden Spielraum zur Einschätzung der Schwere durch Feststellung von Fähigkeitsstörungen nutzen.</p>
<p>Frau Dr. med. Iris Hauth</p>	<p>Neben der Nennung der Diagnosen, gemäß ICD 10 Kapitel F, ist die daraus resultierende Beeinträchtigung der Aktivitäten im Sinne von Fähigkeitsstörung, wie sie in der Richtlinie häusliche Krankenpflege (Stand 17 Juli 2014) genannt werden, sinnvoll. Dazu gehören Störungen des Antriebs, der Ausdauer, der Belastbarkeit, Unfähigkeit der Tagesstrukturierung, Einschränkung des planenden Denkens, des Realitätsbezugs, Einbußen der Kontaktfähigkeit, der kognitiven Fähigkeiten, Probleme beim Erkennen der Krankheitssymptomatik und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.</p> <p>Zur Quantifizierung der Fähigkeitsstörung wäre über die genannten Kriterien eine Erhebung des GAF (Global Assessment of Functioning) und dessen Kriterien sinnvoll, wie z.B. Eigen- und Fremdgefährdung, Abwenden von (Re-)Hospitalisierung, Verlust des Wohnraumes und Förderung im eigenständigen Wohnen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Die Notwendigkeit einer Diagnoseausweitung auf schwere Persönlichkeitsstörungen – etwa das Borderline-Syndrom – werde als wichtig angesehen. Suchterkrankungen werden in der Regel nur als Zweitdiagnose in Betracht kommen und wirken verstärkend auf eine vorliegende psychische Grunderkrankung. Eine graduelle Einteilung nach der Schwere einer Störung ergebe sich zwar nicht aus der ICD 10, ein Nachweis für das Vorliegen einer solchen sei aber dennoch erforderlich. Der Umgang mit der GAF-Skala müsse zwar trainiert werden, wenn sie aber beherrscht werde, sei sie in der Praxis leicht anzuwenden. So könne sichergestellt werden, dass auch bei mittelschwerer Diagnose, die in Kombination mit erheblichen Fähigkeitsstörungen aufgrund Kontextfaktoren in Gesamtschau zu einem schweren Krankheitsbild führe, vom Leistungsanspruch umfasst ist.</p> <p>Bei Verordnung durch den Hausarzt sei denkbar, dass der ambulante psychiatrische Pflegedienst die Fähigkeiten des Patienten auf der GAF-Skala einschätzen könne und dem Hausarzt seine Einschätzung mitteile.</p> <p>Als hinreichende Indikation werde ein GAF-Wert von unter 50 angesehen.</p>
<p>Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz</p>	<p>Ausreichend</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Um eine Leistungserbringung für schwere Erkrankungen abdecken zu können, sei die genannte Indikationsausweitung erforderlich. Die Schwere einer Erkrankung werde weniger von der Diagnose, sondern vielmehr entscheidend von dem Vorliegen von Fähigkeitsstörungen bestimmt. Im Hinblick auf die Feststellung von Fähigkeitsstörungen bestehe allerdings das Problem, wie diese gemessen werden könnten. Hierfür bedürfe es einer sorgfältigen klinischen Untersuchung. Gegen die Anwendung der GAF-Skala spreche deren geringe Realibilität.</p> <p>Die in der Richtlinie aufgeführten Kriterien für Fähigkeitsstörungen hätten sich bewährt. Eine zusätzliche GAF-Skala könne der Sicherstellung der Anwendung der Kriterien dienen.</p>

## 6.2.2 Fragen zur Abgrenzung

### Frage 6: Welche Abgrenzungen zwischen der pHKP und der Soziotherapie sind zu beachten?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Schaut man sich die Grundlagen und Ziele der Soziotherapie-Richtlinien an, so kann man zunächst eine große Überschneidung feststellen: einige die definierten Ziele der Soziotherapie entsprechen im Grunde auch die der psychiatrischen Hauskrankenpflege. Auch bei den Leistungsinhalten gibt es Konvergenzen. Dennoch können einige zentrale Punkte genannt werden, in denen sich die psychiatrische Pflege klar von der Soziotherapie unterscheidet. Diese basieren im Wesentlichen auf den personellen Voraussetzungen.</p> <p>Die Soziotherapie ist nicht grundsätzlich aufsuchend und stärker sozialarbeiterisch-administrativ ausgerichtet. Da die psychiatrische Krankenpflege nur von examinieren Pflegekräften erbracht werden darf, lassen sich bereits aus der Qualifikation heraus einige Kernkompetenzen benennen. Obligatorische Inhalte der pflegerischen Ausbildung und ihrer psychiatrischen Zusatzqualifikation sind u.a. Pathologie, Physiologie, Anatomie sowie Pharmakologie. Grundlagen, die beispielsweise notwendig sind bei der gezielten Krankenbeobachtung und Medikamentenkontrolle.</p> <p>Psychiatrische Pflegekräfte sind in der Lage sowohl eine psychiatrische als auch die somatische Krankenbeobachtung vorzunehmen. Sie können pharmakologische (Neben-)Wirkungen erkennen, die notwendigen (psychiatrischen, psychotherapeutischen und somatischen) Therapien erklären und durch Motivierungsarbeit an deren jeweiliger Akzeptanz arbeiten. Sie sind befähigt auf Ernährungsdefizite einzugehen und mitunter auch notwendige Hygienestandards festzulegen. Psychiatrische Pflege ist grundsätzlich aufsuchend und kann engmaschiger realisiert sowie schnell in akuten Phasen umgesetzt werden.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Die Qualifikation sei deshalb heranzuziehen, da es Überschneidungen der Aufgabengebiete von Soziotherapie und pHKP gäbe. Die Unterscheidung erfolge dann entsprechend dem, was der Leistungserbringer entsprechend seiner Kernkompetenzen leisten könne.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Konzeptuell gibt es deutliche Unterschiede zwischen Soziotherapie und pHKP, aber auch Überschneidungen. De facto wird im Feld aber das verordnet, was vor Ort real verfügbar ist. In der Regel ist nur eines der beiden Angebote verfügbar. Ausnahmen von dieser Regel gibt es in Großstädten bzw. in verschiedenen IV-Verträgen.</p> <p>Der Hauptunterschied ist, dass die pHKP von mehrjährig klinisch erfahrenen Psychiatrischen Fachkrankenpflegekräften erbracht wird, die Soziotherapie von verschiedenen Zugangsberufen (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) mit einer in der Regel dreijährigen Soziotherapie-Weiterbildung.</p> <p>Psychiatrische Fachkrankenpflegekräfte haben regelhaft eine mindestens drei-jährige Ausbildung in stationären und/oder teilstationären Einrichtungen absolviert und kennen die Verlaufsformen der häufigsten psychiatrischen Störungen, den Verlauf der Fähigkeitsstörungen sowie die pflegerischen Einflussmöglichkeiten konkret aus dem praktischen klinischen Alltag. Die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung psychischer Störungen ist ihnen ebenso vertraut wie die Möglichkeiten pflegerischer Behandlungsstrategien. Deshalb kann die pHKP die ärztliche Behandlung durch Sicherung der Durchführung medizinischer Massnahmen wie Medikation etc sinnvoll ergänzen.</p> <p>Die pHKP findet ihren Zugang zum Patienten insofern von der medizinisch-somatischen Seite, die Soziotherapie findet ihren Zugang zum Patienten von der sozialpädagogischen-geisteswissenschaftlichen Seite her.</p>

Experten	Antwort
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Beide Leistungsarten sind dazu geeignet, etwa in akuten Krisensituationen zu unterstützen, Behandlungsmaßnahmen und Leistungen zu koordinieren und die Fähigkeit des Patienten zu stärken, notwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch und gesundheitsbezogene Aktivitäten aufrecht zu halten. In Abgrenzung zur pHKP betont die Soziotherapie jedoch wesentlich stärker den Teilhabeaspekt etwa in Bezug auf die soziale und berufliche Situation des Patienten.</p> <p>Die psychiatrische Pflege fokussiert auf Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit, speziell auf Assessment und Monitoring der Medikation inklusive Wirkung und Nebenwirkung, der Compliance, Medikationsmanagement, Anwendung psychotherapeutischer Basisskills, wie z.B. Entspannungstechniken, Psychoedukation und Gesundheitsförderung, Management akuter psychischer Krisen sowie gegebenenfalls somatischer Begleiterkrankungen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Die Verordnung von Soziotherapie und pHKP nacheinander bilde nicht den Regelfall, komme aber in Betracht. Viele Patienten benötigen aber auch nur eine der beiden Versorgungsformen.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Im Regelfall geht es um ein Nacheinander dieser Leistungen, weil die pHKP eher geeignet ist zum ersten Beziehungsaufbau und zur basalen Unterstützung bei Fähigkeitsstörungen, eine sehr intensive Hilfeleistung für einen kürzeren Zeitraum darstellt sowie auf das engere Wohnumfeld begrenzt ist. Demgegenüber bezieht sich die Soziotherapie auf einen längeren Zeitraum mit dem Schwerpunkt auf Beratung, Betreuung und Koordination von Hilfen, unter Einbezug des weiteren sozialen Umfeldes. Doppelangebote sind zu vermeiden, weshalb eine gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der pHKP neben Leistungen der Soziotherapie im ärztlichen Behandlungsplan im Detail begründet werden und in der Unterschiedlichkeit der Ziele und der Leistungen dargestellt werden muss.</p>

### Frage 7: Welche Abgrenzungen gibt es zur ambulanten Richtlinien-Psychotherapie?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Die Abgrenzung zur Psychotherapie erscheint im Gegensatz zur Soziotherapie sehr viel klarer und eindeutiger. Das Kompetenz- und Aufgabenfeld der psychiatrischen Krankenpflege umfasst nicht die Psychotherapie und kann auch keine Psychotherapie ersetzen. Psychiatrische Pflegekräfte haben keine psychotherapeutische Ausbildung. Ob der Begriff „Therapie“ auch für pflegerische Interventionen angewendet werden kann, ist derzeit eher eine akademische Fragestellung.</p> <p>Pflegerische Interventionen in der Psychiatrie werden grundsätzlich aufsuchend umgesetzt und zielen auf die Alltagskompetenzen des Patienten. Psychiatrische Pflege kann die Psychotherapie motivierend unterstützen, an der Compliance arbeiten und ggf. bestimmte Therapieziele im Alltag unterstützen oder ihre Umsetzung beobachten.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Psychotherapie könne und soll nicht ersetzt werden. PHKP soll auf die Inanspruchnahme von PT hinarbeiten oder die Umsetzung ihrer Ziele unterstützen. Denkbar wäre die Begleitung zu den ersten PT-Terminen.</p>

Experten	Antwort
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Richtlinien-Psychotherapie beinhaltet ein umschriebenes symptombezogenes ätiologisches und therapeutisches Konzept, welches strukturiert mit psychotherapeutischen Mitteln durchgeführt wird. Praktische konkrete Hilfen, wie dies bei der pHKP im Mittelpunkt steht, stehen hier weniger im Vordergrund bzw. sind nicht Inhalt der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapie-Vereinbarung.</p> <p>Richtlinien-Psychotherapie wird durch Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten erbracht. Viele der pHKP-begründenden Diagnosen stellen einen Ausschluss für Richtlinien-Psychotherapie dar (insbesondere F0).</p> <p>pHKP stellt keine Richtlinien-Psychotherapie dar. pHKP kann die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sinnvoll ergänzen.</p> <p>pHKP kann z. B. durch Unterstützung von Expositionen und Aktivierungsstrategien im konkreten Alltag eine Richtlinien-Psychotherapie sichern helfen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: pHKP könnte bei Zusammenarbeit des Richtlinien-Psychotherapeuten mit dem Pflegedienst PT verkürzen.</p>
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Richtlinienpsychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes ist „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist und zwar mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“:</p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, die durch den wissenschaftlichen Beirat anerkannt sind.</p> <p>Die wissenschaftlich anerkannten Verfahren arbeiten mit folgenden grundlegenden Wirkfaktoren: Problemaktualisierung, Klärung von Konflikten, motivationaler Klärung des problematischen Verhaltens, Problembewältigung mit neuen Bewältigungsstrategien. Zusammenfassend ist Psychotherapie eine Behandlung dysfunktionaler Zustände und/oder Strukturen eines Patienten durch direkte oder nondirektive Verfahren.</p> <p>Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege fokussieren auf die Beeinträchtigung der Aktivitäten/Fähigkeitsstörung, umfassen Assessment und Monitoring der Medikation, Medikationsmanagement, Psychoedukation, Basisskills, Unterstützung und Übung. Psychiatrische Krankenpflege ist handlungs- und übungsorientiert und finden im häuslichen Kontext der Patienten statt.</p> <p>Hier ergeben sich unseres Erachtens keine relevanten Überschneidungen. Die ambulante PT hat darüber hinaus keine Möglichkeit, aufsuchend zu arbeiten.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Es handelt sich um grundsätzlich unterschiedliche Maßnahmen ohne Gefahr der Überlappung; allerdings kann die pHKP eingesetzt werden, um eine ambulante Psychotherapie zu ermöglichen.</p> <p>(g-BA 15. Oktober 2015 „Psychotherapie dieser Richtlinie wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen.“)</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Fachärzte (Psychiater) und Fachkrankenpflege sollte regelmäßig eingebunden werden, um eine Behebung der Störung zu erzielen. Hausärztliche Betreuung genügt auf Dauer nicht.</p>

**Frage 8: Ist die pHKP geeignet, Inhalte der ambulanten nervenärztlichen bzw. psychiatrischen Versorgung zu ersetzen/zu übernehmen, und wenn ja, welche?**

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Psychiatrische Hauskrankenpflege dient der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung. Sie kann für den behandelnden Arzt entlastende Aufgaben übernehmen, gezielte Beobachtungen vornehmen, die ärztliche Behandlung durch Motivierungsarbeit unterstützen, für die Sicherstellung einer Compliance sorgen bzw. an der Adherence arbeiten, ein Krisenmanagement erarbeiten, eine Krise managen, die Pharmakotherapie begleiten sowie entlastende Gespräche führen, um nur einige Aufgaben zu benennen.</p> <p>In Anlehnung an die ANA (American Nurses Association) definieren Sauter et al (2004) die unterschiedlichen Aufgabenfelder von Medizin und Pflege wie folgt:</p> <p><i>„In der Medizin geht es darum, Krankheitssymptome festzustellen, Krankheiten zu diagnostizieren, die Ursachen oder die Symptomatik dieser Krankheiten mit therapeutischen Interventionen zu beeinflussen. In der Pflege geht es darum, Krankheitsfolgen und Reaktionen auf Krankheit, gesundheitliche Gefährdungen und Vulnerabilität festzustellen und mit pflegerischen Interventionen zu beeinflussen.“<sup>5</sup></i></p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Die pHKP ist nicht geeignet, Inhalte der ambulanten nervenärztlichen bzw. psychiatrischen Versorgung zu ersetzen/zu übernehmen, sie stellt jedoch eine sinnvolle Erweiterung/Ergänzung vergleichbar der häuslichen Krankenpflege im Bereich körperlicher Erkrankungen dar und sichert dadurch wesentlich den Erfolg der ärztlichen Behandlung.</p> <p>Es ergeben sich in der Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzten vielfältige Verbesserungen für den Patienten, da eine wohnortnahe ambulante Behandlung hierdurch gefördert werden bzw. stationäre Aufenthalte verkürzt oder vermieden werden können.</p> <p>Z. B. erlaubt es die pHKP, dass die Pflegeperson vor Ort feststellen kann, ob sich eine Veränderung im Befund des Patienten ergeben hat, die einen Arztbesuch erfordert. Die Medikamenteneinnahme kann unterstützt werden, ein basales Befundmonitoring kann der Psychiaterpraxis zurückgemeldet werden. Die gesamte Aufführung von möglichen Zielen der pHKP siehe unter Punkt 11.</p>
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Die zentralen Bestandteile der ambulanten psychiatrischen Pflege, wie Einschätzung des Gesundheitszustandes, Medikamentenmanagement, pflegerische Inhalte, psychoedukative Interventionen, Krisenmanagement sind ergänzende Maßnahmen, ersetzen aber psychiatrische Diagnostik, psychiatrische Gespräche, Indikationsstellung und Dosierung der Medikation nicht.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Eingebettet in einen ärztlich erstellten Gesamtbehandlungsplan kann die pHKP im Sinne einer Bezugspflege den Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik verbessern und die Compliance in die ärztliche Behandlung (einschließlich psychotherapeutischer Interventionen) erhöhen und Fähigkeitsstörungen verbessern helfen. Dies kann eine Reduktion ärztlicher Konsultationen ermöglichen.</p>

<sup>5</sup> Sauter D; Abderhalden C; Needham I et al. (Hrsg) (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, S. 39.

**Frage 9: Ist die pHKP geeignet, Inhalte der Versorgung durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen zu ersetzen/zu übernehmen, und wenn ja, welche?**

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	Als multiprofessionelles Angebot umfasst die psychiatrische Institutsambulanz u.a. medizinische, psychologische, sozialarbeiterische und pflegerische Betreuung. Aus diesem Segment könnten lediglich die pflegerischen Aufgaben der PIA durch die pHKP übernommen werden. Ein wesentlicher Vorteil der pHKP ist sicherlich, dass sie schneller, flexibler, und engmaschiger eine Versorgung übernehmen kann. Tägliche aufsuchende Pflegeeinheiten beispielsweise lassen sich aus der PIA nur sehr bedingt realisieren.
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Siehe Punkt 8, bezogen auf den ärztlichen Anteil der Versorgung durch Psychiatrische Institutsambulanzen
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Einzelne Inhalte, wie Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit, Assessment und Monitoring der Medikation inklusive Wirkung und Nebenwirkung und der Compliance, Medikationsmanagement, Basisskills wie Entspannungsverfahren, psychoedukative Interventionen, Management akuter Krisen und somatischer Begleiterkrankung überschneiden sich in den Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege im Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen, in denen auch psychiatrische Pflegekräfte tätig sind. Die psychiatrische Institutsambulanz arbeitet jedoch multiprofessionell mit Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern mit dem Ziel den Patienten ein komplexes umfassendes Behandlungsprogramm anzubieten.</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanzen haben die Möglichkeit aufsuchend zu behandeln, allerdings nur unter strenger Indikation im Krisenfall, eine kontinuierliche Behandlung im Umfeld des Patienten findet nicht statt.</p> <p>Bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und ausgeprägten Fähigkeitsstörungen kann eine zusätzliche Verordnung der ambulanten psychiatrischen Pflege zur Institutsambulanzbehandlung Re-hospitalisierung vermeiden.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Eingebettet in einen ärztlich erstellten Gesamtbehandlungsplan kann die pHKP im Sinne einer Bezugspflege den Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik verbessern, die Compliance in die ärztliche Behandlung (einschließlich psychotherapeutischer Interventionen) erhöhen und Fähigkeitsstörungen vermindern helfen. Dies kann eine Reduktion ärztlicher Konsultationen ermöglichen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Bei der Behandlung in PIA ist der mit pHKP vergleichbare Pflegeanteil nicht so intensiv und mit hoher Frequenz wie bei der eigentlichen pHKP. Denkbar wäre die zusätzliche Verordnung von pHKP in Krisensituationen.</p>

**Frage 10: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit der Leistungserbringer der pHKP mit den verordnenden Ärztinnen oder Ärzten und sollte diese ggf. in der HKP-Richtlinie spezifiziert werden?**

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	Insgesamt ist die Zusammenarbeit gut und hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Einen wesentlichen Anteil an dieser positiven Entwicklung hatte die integrierte Versorgung. Beispielhaft wurde in Berlin das Potential der psychiatrischen Krankenpflege bei vielen Ärzten

Experten	Antwort
	<p>erst über die integrierte Versorgung erkannt. Hier sind psychiatrische Pflegekräfte und Ärzte inzwischen eingebunden in einem Netzwerk, dass eine intensive, auf Augenhöhe bestehende Kommunikation zwischen den Akteuren ermöglicht. In vielen Regionen und Städten besteht leider keine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und psychiatrischen Pflegekräften, weil es keine zugelassenen psychiatrischen Pflegedienste gibt.</p> <p>Unrealistische Anforderungen verhindern die Zulassung von psychiatrischen Pflegediensten. Hier sollte über seriöse Übergangslösungen nachgedacht werden, um ein flächendeckendes Angebot sicherstellen zu können. Die Sorge vor einem möglichen Überangebot darf im Umkehrschluss nicht zu einer Unterversorgung führen. Mit klugen Konzepten könnte man die Entwicklung steuern und Auswüchse verhindern.</p> <p>Konfliktfelder innerhalb der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten sind die gegenwärtigen administrativen Hürden. Sie erzeugen viel bürokratische Arbeit und belasten sowohl die Arztpraxen als auch die Pflegedienste und nicht zuletzt die Patienten. In der integrierten Versorgung haben sich die Quartalsverordnungen sehr bewährt. Parallel dazu gibt es regelmäßige Zirkel, Treffen und Fallbesprechungen, die den Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern sicherstellen.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der pHKP ist in der Regel sehr gut. Einer weiteren Spezifizierung der Zusammenarbeit in der Richtlinie bedarf es nicht.
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Die Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege durch Vertragsärzte des Fachgebietes Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, psychotherapeutische Medizin, von Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie ist sinnvoll, vor allem auch wegen einer fundierten Diagnosesicherung und der Erstellung eines differenzierten Behandlungsplans, der auf die spezifischen Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Fähigkeitsstörung und die Zielsetzung der Behandlung umfasst.</p> <p>Problematisch ist bei der Verordnung die in vielen Regionen Deutschlands vorhandene Wartezeit auf einen Konsultationstermin bei den oben beschriebenen Fachärzten. Aus diesem Grunde sollte die pHKP auch durch Hausärzte auch ohne vorherige Diagnosestellung durch die Fachärzte möglich sein bei zeitlich vorgegebener Befristung des Nachholens der Diagnosestellung durch Fachärzte in einem Zeitrahmen von 2 bis 4 Wochen. Regelmäßige Zusammenarbeit/Fallbesprechung und regelmäßige Rückmeldung sind wünschenswert. Dies sollte jedoch für den verordneten Facharzt abrechnungsfähig sein.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Eine enge Abstimmung zwischen Leistungserbringern und verordnenden Ärzten vor dem Hintergrund des Gesamtbehandlungsplans muss gesichert sein. Dafür sollte der Behandlungsverlauf einschließlich der erreichten und nicht erreichten Ziele (bezogen auf den Behandlungsplan) dokumentiert und dem Arzt zur Verfügung gestellt werden. Die Leistungserbringer der pHKP sollten den Arzt über Befundänderungen informieren, bei gravierender Befundänderung umgehend. Umgekehrt informiert der Vertragsarzt den Pflegedienst über neue pflegerrelevante Befunde.

### 6.2.3 Weitere Fragen

#### Frage 11: Wie können die Therapieziele von pHKP aussehen?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Einer Studie der Leuphana Universität zufolge wird psychiatrische Hauskrankenpflege wie folgt definiert:</p> <p><i>„Ambulante psychiatrische Pflege bedeutet, sich den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien im häuslichen Umfeld zu widmen. Diese Definition beinhaltet die psychosozialen Ressourcen der Familie, ihrer Nachbarschaft sowie die vorhandenen oder nicht vorhandenen Hilfeangebote in der Gemeinde. Nach Zeemann et al. (2002) werden der ambulanten Pflege fünf charakteristische Aufgabenbereiche zugeschrieben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Management des Alltags der Patienten, anderer Pflegebringer und Angehöriger,</i></li> <li>• <i>Kriseninterventionen,</i></li> <li>• <i>Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen und -diensten,</i></li> <li>• <i>Formelle und informelle Treffen,</i></li> <li>• <i>Gruppenarbeit.</i></li> </ul> <p><i>Psychiatrische Pflege soll dabei helfen, die Gesundheitsprobleme des Patienten zu lösen oder zu lindern. Stützende Gespräche, emotionale oder praktische Unterstützung, Beratung zu Fragen der Alltagsorganisation oder des Umgangs können ermöglichen, dass die Patienten Zufriedenheit und Stabilität erfahren (ebd.). Nach Stulginsky (1993a/b) sind Patienten in der ambulanten Versorgung zwar abhängig von den Pflegenden, können jedoch jederzeit darüber entscheiden, ob die Beziehungsarbeit gelingt oder die Pflegeperson des Hauses verwiesen wird, da Sie jederzeit die Kontrolle über ihr Zuhause haben. Die Rolle, die die Pflegenden in dieser Situation einnehmen, kann treffend mit dem Begriff „persönlicher Assistent“ beschrieben werden (Sauter/Bischofberger 2006). Grundbedingung des gesamten Behandlungsprozesses ist der Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses, in dem sowohl die Pflegekraft als auch der Patient ihre Rolle erst definieren müssen (ebd.).“<sup>6</sup></i></p> <p>In Anlehnung an diese Studie sollte als grundsätzliche Voraussetzung und daher als oberstes Ziel der Aufbau einer tragfähigen Beziehung angeführt werden. Nur so lässt sich eine dauerhafte Bezugspflege umsetzen.</p> <p>Als weitere grundsätzliche Ziele können genannt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) die Vermeidung eines Klinikaufenthaltes</li> <li>b) die Sicherstellung der ärztlichen (psychiatrischen und somatischen) sowie therapeutischen Behandlungen</li> <li>c) das rechtzeitige Erkennen von Krisen sowie das Managen von Krisen</li> <li>d) Sicherstellung des Wohnumfeldes</li> <li>e) Möglichkeit eines selbstständigen Lebens in der eigenen Häuslichkeit</li> </ol>

<sup>6</sup> Tschinke I, Radisch J, Giersberg S, Karsten A, Trombach F, Kropp V et al. (2012). Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege – Langfassung. Leuphana Universität Lüneburg, S. 14.

Experten	Antwort
	f) Stärkung und Förderung der eigenen Kompetenzen g) Aufbau-und Aufrechterhaltung eines sozialen sowie familiären Netzwerkes h) Präventive Gesundheitsförderung.
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Etablieren eines vertrauensvollen, hilfeakzeptierenden Settings (die Annahme, dass Hilfe notwendig und positiv für die Gesunderhaltung bzw die Krankenbehandlung ist, ist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, anders als bei Menschen mit somatischen Erkrankungen, häufig nicht grundsätzlich vorauszusetzen). Krankenbeobachtung Einhalten, Durchführen und Anpassen des Medikamenten-Managements einschliesslich Besorgen von Folgerezepten Richten/Verabreichen und Überwachen von ärztlich verordneter oraler Medikation, Salben, Augentropfen, Insulin- oder Depot-Neuroleptika-Spritzen Etablierung/Förderung von Compliance, selbständiger Medikamenteneinnahme, Etablieren von Erinnerungssystemen Etablierung/Förderung von Basisaktivitäten des täglichen Lebens (Körperpflege, Haushalt, Einkaufen, Post erledigen) Etablierung/Förderung von tagesstrukturierenden Massnahmen Etablierung/Förderung sozialer Kontakte Etablierung/Förderung von Konzentration und Aufmerksamkeit Etablierung/Förderung von Problemhierarchien Aussentraining Förderung emotionaler Kompetenzen Vertiefen erlernter/ zu erlernender Verhaltensänderungen Etablierung/Förderung eines gesundheitsfördernden/rezidivvermeidenden Lebensstils Schulung von Angehörigen Etablierung/Förderung von Coping-Strategien Etablierung/Förderung von Selbstbeobachtungsstrategien und Erkennen dysfunktionaler Kognitionen oder Verhaltensweisen Identifikation und Erkennen von Frühwarnzeichen eines Rezidivs der Krankheit Identifikation von Risikofaktoren für ein Rezidiv Identifikation von individuellen Stressoren Bewältigen von Krisensituationen
Frau Dr. med. Iris Hauth	Therapieziele der psychiatrischen Krankenpflege sollten Stabilisierung der psychischen Gesundheit durch Förderung der Einsichtsfähigkeit in Symptome, Erkrankung sein. Selbständiges Umgehen mit der Medikation im Sinne ausreichender Compliance, ausreichende Kenntnisse

Experten	Antwort
	über die eigene Erkrankung, Erkennung von Frühsymptomen vor Krisen, Erlernen von Strategien im Sinne des Krisenmanagements, Förderung der Selbsthilfe, Reduktion der stationären Aufenthalte.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Es wird eine Beziehungskontinuität hergestellt,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Voraussetzung zur kontinuierlichen Inanspruchnahme ärztlich/psychotherapeutischer Leistungen schafft.</li> <li>• die den eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten sowie die Compliance fördert bzw. sichert</li> <li>• die einen bewussten, selbstbestimmten, aktiven Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen schafft.</li> <li>• die Verwahrlosungstendenzen entgegen wirkt.</li> <li>• die Krisensituationen frühzeitig erkennen, engmaschige Betreuungs- und Gesprächsangebote offerieren und Maßnahmen zur ihrer Bewältigung einleiten und koordinieren hilft (z.B. Suizidalität, familiäre Probleme).</li> </ul> <p>Bewältigung von Alltagsanforderungen (z.B. beim Einkaufen, Kochen, Körperpflege)  Angehörige und das soziale Umfeld unterstützen unter Orientierung an den individuellen und sozialen Ressourcen dieses Umfeldes  Koordination und Vermittlung von kompensatorischen Hilfen</p>

Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:

Zu der Frage nach aussagekräftigen Studien im Hinblick auf die Therapieziele:

- Herr Dr. Meyer: Nein, es gebe nur Interventionsstudien zur Integrierten Versorgung. Ansätze für Studien seien aber in der Schweiz gegeben.

## Frage 12: Wie lange sind im Durchschnitt Leistungen der pHKP erforderlich, um die Therapieziele zu erreichen?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Hierzu kann es keine eindeutige Antwort geben. Gerade in der Psychiatrie sind wir immer wieder mit sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufen konfrontiert. In der integrierten Versorgung wurden die zeitlichen Befristungen fast generell aufgehoben.</p> <p>Die Erfahrungen haben hier gezeigt, dass sowohl kurze Interventionen manchmal ausreichen, als auch dass längerfristige Betreuungen notwendig werden können. Hier sollte man ein individuelles und dynamisches Modell ermöglichen, ohne große bürokratische Herausforderungen.</p> <p>Die Begrenzung in der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis als zu starr erwiesen. Auch wenn theoretisch die Möglichkeit besteht, die 4 Monate zu überschreiten, wird sie im Alltag jedoch nicht immer praktiziert. Einige Krankenkassen lehnen grundsätzlich Verlängerungsanträge ab, andere dagegen verlangen einen derart hohen bürokratischen Aufwand, dass dies gerade für die Arztpraxen eine erhebliche Zusatzbelastung bedeutet. Nicht selten haben diese Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen bei dem ein oder anderen Patienten eine erneute Krise ausgelöst, welche sich, da keine ambulante Versorgung mehr finanziert wurde, nur durch eine stationäre Einweisung auffangen ließ. Hier hätte man mit einfachen Mitteln eine Krankenhauseinweisung verhindern können.</p>

Experten	Antwort
	<p>Wenn man unbedingt eine Begrenzung implementieren möchte, sollte vielmehr an eine Kontingentlösung gedacht werden. Vorbildhaft könnten einige IV-Verträge in Berlin sein. Hier gibt es ein Kontingent von 145 Einheiten, die in einem Zeitraum von zwei Jahren abgerufen werden können. Der behandelnde Arzt hat mit diesem Modell die Möglichkeit, sehr individuell und bedarfsgerecht pHKP zu verordnen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:  Die Dauer der Einheiten sei in den Ländern bzw. je nach Krankenkasse unterschiedlich geregelt (teils 60 min, teils bis zu 60 min). Die 145 Einheiten werden unabhängig davon vorgeschlagen.  Für eine Begrenzung der Verordnungsdauer bestehe inhaltlich kein Grund. Für den Fall, dass eine Begrenzung aber erfolgen soll, sollte diese eine größtmögliche Flexibilität zulassen.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Im Durchschnitt erscheint eine Verordnungsdauer von 30 Wochen mit abnehmender Frequenz erforderlich.</p> <p>Es sollte jedoch die Möglichkeit vereinfacht werden, die tatsächliche Dauer auf den Verlauf der Erkrankung und der eventuellen Komorbiditäten abzustimmen und bürokratiearm zu verordnen.</p> <p>Weiterhin kann es aufgrund der Symptomatik psychischer Erkrankungen erforderlich sein, eher niedrigfrequent zu beginnen, dann nach Schaffung der Akzeptanz des Hilfsangebots höherfrequent zu arbeiten, um schliesslich die Frequenz abnehmen zu lassen.</p>
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Die Verläufe von psychischen Erkrankungen und der durch sie bedingten Fähigkeitsstörungen sind erfahrungsgemäß sehr individuell. Um die Therapieziele bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erreichen zu können, wäre eine Verlängerung auf 6 bis 9 Monate in begründeten Einzelfällen sinnvoll.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:  Die Grenze 6 bis 9 Monate ließe sich nicht durch Studien belegen und sei willkürlich gegriffen. Gleiches gelte für die bestehende Grenze von 4 Monaten, die aber insbesondere bei auftretenden Krisen als zu kurz angesehen werde.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Die strikte Begrenzung auf vier Monate ist aufzuheben. Dies gilt v.a. bei Erkrankungen der Kategorie F1 (bei denen soziotherapeutische Leistungen nicht indiziert sind) sowie bei Erkrankungen mit hohem Rezidivrisiko, bei denen die pHKP die Rezidivprophylaxe sichern kann.</p>

### Frage 13: Ist die nach dem Regelfall abnehmende Frequenz der Leistungserbringung im Verlauf der pHKP fachlich nachvollziehbar?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Sie ist nur bei bestimmten Diagnosegruppen nachvollziehbar und entspricht nicht generell den Erfahrungen der psychiatrischen Pflege. Bei bestimmten affektiven Störungen ist die abnehmende Tendenz ein sinnvolles Instrument für die Explorations- und Ablösungsphase.</p> <p>Dagegen zeigt sich beispielsweise bei einigen schizophrenen Erkrankungen oft eine andere Dynamik. Hier gestaltet sich der Beziehungsaufbau in der Anfangsphase sehr viel distanzierter und wird vielfach nur auf einer niedrigschwelligen Ebene akzeptiert. Erst wenn die Beziehung aufgebaut wurde, können zeitintensive Ziele mit einer engmaschigen Betreuung realisiert werden. Denkbare zeitintensive Ziele sind beispielsweise die Einleitung einer somatischen Behandlung, oder die Umstellung einer Pharmakotherapie, welche eine engmaschige Beobachtung notwendig macht, oder auch: eine Messie-Umgebung wieder wohnbar zu machen.</p>

Experten	Antwort
	<p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Für schizophrene Erkrankungen könne nicht generell eine Ausnahme vom Grundsatz der abnehmenden Frequenz vorgesehen werden. Nicht immer ist eine abnehmende Frequenz sinnvoll. Die Erkrankungen erfordern vielmehr immer eine dynamische Anpassung der Frequenz. Gleiches gilt für Krankheitsbilder der Depression. Viele Patienten haben im Verlauf abwechselnd sinkenden oder steigenden Bedarf an pHKP. Ein Kontingent würde hier zur notwendigen Flexibilisierung führen.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Die abnehmende Frequenz ist durch die Annahme der kontinuierlichen Besserung der Fähigkeitsstörungen fachlich nachvollziehbar. Insbesondere soll auch vermieden werden, Fähigkeitsstörungen, die positiv veränderbar sind, durch die Massnahme zu festigen. Ausnahmen sollten aber möglich sein.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Eine Konkretisierung von Ausnahmen sollte nicht vorgenommen werden. Eine grundsätzlich abnehmende Frequenz ließe sich aufgrund der Annahme rechtfertigen, dass sich eine Erkrankung mit zeitlichem Verlauf bessert. Dies sei zumindest grundsätzlich anzunehmen. Im Einzelfall könne die auch abweichen, so dass im Verlauf eine intensivere Pflege notwendig werden könne. Ein Satz „Ausnahmen sollten möglich sein.“ sei sinnvoll.</p>
Frau Dr. med. Iris Hauth	<p>Da Verläufe von psychischen Erkrankungen sehr individuell sind und es bei erhöhter Belastung im Sinne der erhöhten Vulnerabilität auch im Verlauf zu Krisen kommen kann, ist eine abnehmende Frequenz der Leistungserbringung nicht sinnvoll. Eine Kontingentlösung entspricht eher den Bedarf der Patienten und passt sich im schwankenden Verlauf und damit wechselnden Behandlungsbedarf von Patienten besser an. Geringere Frequenz in Zeiten relativer Stabilität und höhere Frequenz in Krisensituationen.</p>
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Die strikt degressive Verordnung der pHKP entspricht nicht dem fluktuierenden Verlauf psychischer Erkrankungen mit wechselndem Hilfebedarf.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:</p> <p>Empfehlenswert sei eine befristete Erstverordnung sowie eine Kontingentlösung für schwere Fälle.</p>

**Frage 14: Ist der Zeitraum der ersten Verordnung von 14 Tagen nach § 4 Absatz 3 der HKP-Richtlinie zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau immer ausreichend?**

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>In der Regel ist der Zeitraum von 14 Tagen ausreichend um eine Pflegeakzeptanz zu bekommen. Für den Beziehungsaufbau reichen 14 Tage nicht immer und dies ist somit oft auch noch Bestandteil der Folgeverordnung.</p> <p>In vielen Fällen nutzen Hausärzte die Möglichkeit der Erstverordnung, um damit dauerhaft eine psychiatrische Behandlung einzuleiten. Die psychiatrischen Pflegekräfte bekommen in diesem Kontext vielfach die Aufgabe, einen Facharzt zu suchen, dort einen Termin zu vereinbaren und den Patienten zum Arzt zu begleiten. Da in vielen Regionen die Wartezeit für einen ersten Termin bis zu 3 Monate dauern</p>

Experten	Antwort
	<p>kann, entstehen zeitliche Lücken, die nicht selten zu einer stationären Einweisung geführt haben. Diese Einweisungen ließen sich leicht verhindern, wenn diese Übergänge verkürzt werden könnten.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Die Wartezeiten betreffen vor allem ländliche Regionen. Die Überbrückung durch pHKP wäre sinnvoll.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Der Zeitraum der ersten Verordnung zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau sollte auf 4-6 Wochen verlängert werden. (Siehe Punkt 12.)
Frau Dr. med. Iris Hauth	Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen oft längere Zeit zum Beziehungsaufbau und vor allem auch zur Akzeptanz der Pflegemaßnahmen, so dass eine Verlängerung auf 4 Wochen wünschenswert wäre.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Die Erst-VO sollte auf vier Wochen ausgedehnt werden, weil ein solcher Zeitraum häufig notwendig ist, um einen Beziehungsaufbau zu ermöglichen.

**Frage 15: Sind die in der Leistungsbeschreibung enthaltenen verordnungsfähigen Leistungen nach Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie medizinisch ausreichend und zweckmäßig?**

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Die Leistungsbeschreibungen haben sich in der Praxis bewährt und bieten eine gute Grundlage für die Pflegeplanungen, die mit jeder Verordnung, neben dem ärztlichen Behandlungsplan, zusätzlich noch eingereicht werden müssen.</p> <p>In den Berliner IV Verträgen wurden zusätzlich zu den drei Leistungsbeschreibungen noch drei weitere Leistungskomplexe festgelegt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Übernahme von bezugstherapeutischen Steuerungsmaßnahmen,</li> <li>Koordinierung persönlicher Hilfenetze,</li> <li>Vermittlung in psychosoziale Hilfsprogramme.</li> </ol> <p>Für die Übernahme dieser Leistungskomplexe gibt es gute Gründe, so dass man darüber ernsthaft nachdenken sollte.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Es wäre die zusätzliche Verordnungsfähigkeit von pHKP mit dem Schwerpunkt hauswirtschaftlicher Versorgung, Zubereitung von Mahlzeiten und Hilfe bei der Körperpflege bei psychisch erkrankten Müttern und Vätern mit Kindern unter 14 Jahren sinnvoll, sofern diese für die Versorgung der Kinder im Haushalt verantwortlich sind.</p> <p>Begründung: psychisch kranke Mütter oder Väter, deren Kinder mit ihnen im Haushalt leben, lehnen trotz bestehender Indikation sehr oft eine stationäre psychiatrische Behandlung ab, da die Versorgung der Kinder dann nicht mehr gewährleistet wäre. Eine in diesem Fall einsetzende ambulante psychiatrische Behandlung und die Verordnung von pHKP kann einen stationären Aufenthalt ggf. verhindern und vorübergehend die Versorgungsaufgaben des erkrankten Elternteils gegenüber den Kindern ersetzen. Das System Familie würde so weiter funktionieren, der betroffene Elternteil wäre entlastet, es würde der Chronifizierung der Erkrankung entgegengewirkt und die mittlerweile</p>

Experten	Antwort
	<p>vielfach belegten gravierenden negativen psychischen Folgen für die Kinder durch das Aufwachsen mit einem psychisch kranken Elternteil könnten gemildert werden.</p> <p>Hiervon sind mögliche Angebote der Jugendhilfe abzugrenzen.</p> <p>Für viele betroffene Mütter oder Väter hat ein pflegerisches Angebot eine wesentlich niedrigere Akzeptanzschwelle als ein Kontakt mit dem Jugendamt.</p>
Frau Dr. med. Iris Hauth	Im Sinne von Ausbildung und Qualitätssicherung wäre es wünschenswert das Profil zu schärfen, zum Beispiel Pflegediagnostik mit gezielter Maßnahmenplanung, wie Assessment und Monitoring von Medikation, Förderung der Compliance, Medikationsmanagement, Anwendung von Basisskills, wie Entspannungstechniken, psychoedukative Interventionen, Einbeziehung von Angehörigen, Management akuter psychischer Krisen etc.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	Die Leistungen sind um Maßnahmen im Rahmen des Entlassungsmanagements aus Krankenhäusern zu erweitern, v.a. die Wahrnehmung erster ambulanter ärztlicher Termine nach Entlassung sichern, Aktivitäten zur Erlangung einer ambulanten Psychotherapie unterstützen sowie die Besorgung notwendiger Medikamente und die Initiierung von Routinen in der Einnahme im häuslichen Umfeld unterstützen. Schließlich kann im Rahmen des Entlassungsmanagements Unterstützung in konflikthafter sozialen Umfeldern erfolgen.

#### Frage 16: Sind die verordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 4 der HKP-Richtlinie) ausreichend beschrieben?

Experten	Antwort
Herr Dr. Günter Meyer	<p>Hier könnte darüber nachgedacht werden, ob auch die Fachärzte für Psychosomatik verordnungsberechtigt wären.</p> <p>Die Verordnung aus der PIA wird in den Bundesländern sehr verschieden gehandhabt. Hier könnte eine eindeutige Regelung Rechtssicherheit schaffen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: PIA können bereits im Hinblick auf somatische Krankheitsbilder (HKP) verordnen. Ein Verordnungsrecht für pHKP wäre sinnvoll.</p>
Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	<p>Als verordnungsberechtigte Ärztinnen und Ärzte sind zu nennen: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, wenn sie einen Patienten in der Transition aus dem Kinder- und Jugendpsychiatrie-Bereich in den Erwachsenenpsychiatrie-Bereich begleiten (vom 18. bis zum 21. Lebensjahr im vertragsärztlichen Bereich)</p> <p>Der Hausarzt kann die Verordnung in dem Falle übernehmen, in dem er in einer Kooperation mit einem der o.g. Arztgruppen steht und die Diagnose fachärztlich gesichert ist.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: Ein Verordnungsrecht der PIA für pHKP im Erwachsenen-Psychiatrie-Bereich wäre grundsätzlich sinnvoll.</p>

Experten	Antwort
	<p>Es sollte ein Ordnungsrecht für vertragsärztlich tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für Versicherte in der Altersgruppe von 18-21 Jahren geben. Vertragsärztlich tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie dürfen, im Gegensatz zu Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen, bis zum 21. Lebensjahr behandeln.</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen müssen Patienten mit Erreichen des 18. Lebensjahres abgeben.</p> <p>Bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres ist für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sowohl im stationären Bereich, in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen PIA sowie im vertragsärztlichen Bereich das System der Jugendhilfe zuständig, welches gut etabliert ist.</p>
Frau Dr. med. Iris Hauth	Ja.
Frau Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz	<p>Die in der heutigen Richtlinie beschriebenen Gruppen von Vertragsärzten sind durch in Psychiatrischen Institutsambulanzen tätige Ärzte zu ergänzen. Die Erstverordnung sollte auch durch Krankenhausärzte möglich sein, um Versorgungslücken zu vermeiden. Auch bei wiederholter Verordnung muss die Verordnung durch den Facharzt erfolgen.</p> <p>Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung: In einigen Bundesländern ist die Verordnung durch PIA möglich. Hier wäre eine einheitliche Regelung wünschenswert.</p>

Ergänzung in der mündlichen Expertenbefragung:

Auf die Frage nach der Studienlage in Deutschland bzw. vorhandener Konzepte nach im Ausland teils vorhandener Muster (z.B. Community-Treatment oder Case-Management):

- Frau Dr. Hauth: Solche Konzepte sind in Deutschland nicht vorhanden. Die Studienlandschaft gleiche eher einem Flickenteppich. Daher sei die Definition der Indikation für pHKP wichtig. Ergänzend wäre eine Verordnungsmöglichkeit durch PIAs sinnvoll.
- Herr Dr. Meyer: Die Gesundheitsversorgung im Ausland unterscheide sich erheblich von der in Deutschland. Zudem habe die Pflege im angelsächsischen Raum einen anderen Stellenwert, weshalb sie mit dem deutschen System nicht vergleichbar sei. Daher sei nach deutschsprachigen Studien zu suchen, ausländische seien nicht auf Deutschland übertragbar. In der Schweiz gäbe es Ansätze, die zu prüfen wären.

Auf die Frage, ob sich die Versorgung auch bereits dadurch verbessern könnte, wenn – wie bisher in 5 Bundesländern – bundesweit eine Einzelleistungsvergütung eingeführt werde:

- Alle: Dies könne nicht eingeschätzt werden.

Auf die Frage, weshalb pHKP trotz einer fehlenden Altersgrenze in der HKP-RL praktisch nicht für Kinder und Jugendliche erbracht werde:

- Frau Dr. Roth-Sackenheim: Dies habe historische Gründe in Deutschland. Seien die Eltern erkrankt, werde die Versorgung des Kindes mit abgedeckt. Werde das Kind krank, würden entsprechende Familienhilfen anderer Institutionen, etwa der Jugendhilfe, beansprucht. Darüber hinaus bestehe kein Bedarf für pHKP für Kinder und Jugendliche. Dieser entstehe aber sogleich mit Vollendung des 18. Lebensjahres mit Wegfall der Familienhilfe.

- Herr Dr. Meyer: Im Rahmen der HKP – also der Pflege in der Somatik – bestehe keine Altersbegrenzung. Der Erfahrungen aus dem Pflegebereich für Erwachsenen lasse sich aber nicht 1:1 übertragen auf den Pflegebereich für Kinder und Jugendliche. Bei HKP werde geprüft, ob die Eltern die Pflege des Kindes leisten können. In bestimmten Versorgungszusammenhängen (z.B. Onkologie) sei den Eltern die Pflege nicht mehr zuzumuten.
- Frau Dr. Herpertz: Die pHKP komme bei jugendlichen Magersucht-Patienten in Frage, allerdings wären bei dieser Frage Kinder- und Jugendpsychiater mit einzubeziehen. Bei den anwesenden Experten beständen keine hinreichenden Erfahrungen mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Die Versorgung von Kindern psychisch Kranker (Eltern) sei ein anderes Thema, da ja eine Verordnung nur für die erkrankte Person in Frage komme.

## 7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

### 7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Das Plenum beschloss in seiner Sitzung am 21. September 2017 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer und der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie Stellung zu nehmen. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens neben dem Beschlussentwurf, die Tragenden Gründe sowie der Fließtext als Erläuterung übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 23. Oktober 2017.

### 7.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	23.10.2017	Verzicht auf Anhörung
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	23.10.2017	
<b>Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V für Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie</b>		
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)		
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH)	13.10.2017	
AWO Bundesverband e. V.	23.10.2017	
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V. (B.A.H.)		
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)	24.10.2017	verfristet
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	23.10.2017	
Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	23.10.2017	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. (DBfK)	23.10.2017	
Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)	23.10.2017	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.	23.10.2017	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	23.10.2017	
Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	23.10.2017	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	19.10.2017	
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)	23.10.2017	
<b>Einbindung in das Stellungnahmeverfahren zum Themengebiet psychiatrische häusliche Krankenpflege nach 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) Verfo</b>		
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	19.10.2017	

## 7.3 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 05.09.2017

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie): Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Vom XX.XX.XXXX

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am XX.XX.XXXX beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a (Beilage) vom 09.02.2010), zuletzt geändert am 17. Dezember 2015 (BAnz AT 18.03.2016 B3), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Die Fußnote zu § 3 Absatz 2 Satz 1 wird gestrichen.
2. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In der Überschrift werden:
    - aa) die Wörter „der Verordnung“ gestrichen,
    - bb) nach dem Wort „psychiatrischen“ das Wort „häuslichen“ eingefügt.
  - b) In Absatz 1 wird nach dem Wort „psychiatrische“ das Wort „häusliche“ eingefügt.
  - c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag möglichst selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“

- d) Die bisherigen Absätze 2, 3, 4, 5, 6 und 7 werden die Absätze 3, 4, 6, 7, 8 und 9.

- e) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Wörter „Bei psychisch Kranken ist“ werden gestrichen.
  - bb) Nach dem Wort „psychiatrischen“ wird das Wort „häuslichen“ eingefügt.
  - cc) Nach dem Wort „Krankenpflege“ wird das Wort „ist“ eingefügt.
  - dd) Das Wort „manifest“ wird gestrichen.
- f) Der neue Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der erstmaligen Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt eingeschätzt werden, kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen verordnet werden. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich.“
- g) Nach dem neuen Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:
- „Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zudem soll die Pflege in den psychiatrischen Verbund eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.“
- h) Der neue Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
- „Folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen:
- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,
  - Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,
  - Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs).
- Die in der Richtlinie verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003 in der Fassung vom 23. Oktober 2015 und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen. Eine Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann ferner erfolgen durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte sollte 6

Wochen nicht überschreiten. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist der von der Ärztin oder dem Arzt erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst."

- i) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nach dem Wort „psychiatrischen“ wird das Wort „häuslichen“ eingefügt.
  - bb) Die Wörter „Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen“ werden durch das Wort „Leistungsverzeichnisses“ ersetzt.

**GKV-SV/DKG**

cc) folgende Sätze angefügt:

„Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten soll die GAF Skala herangezogen werden. Orientierungswert ist 40 (höchstens  $\leq$  50).“

dd) Im neuen Satz 2 wird hinter der Angabe „GAF Skala“ folgende Fußnote eingefügt:

„Global Assessment of Functioning Scale in: DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.“

- j) In den neuen Absätzen 8 und 9 wird jeweils nach dem Wort „psychiatrischen“ das Wort „häuslichen“ eingefügt.

II. Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird die Nummer 27a wie folgt geändert:

- 1. Die Spalte „Leistungsbeschreibung“ wird wie folgt geändert:
  - a) Nach dem Wort „Psychiatrische“ wird das Wort „häusliche“ eingefügt.

**KBV/PatV**

b) Nach dem 3. Spiegelstrich werden folgende neue Spiegelstriche angefügt:

- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung,
- Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.“

- 2. Die Spalte „Bemerkungen“ wird wie folgt geändert:
  - a) Nach den Wörtern „verordnungsfähig bei“ werden die Wörter „folgenden Diagnosen:“ eingefügt.
  - b) Die Angabe „F04.- Organische amnestische Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt“ wird durch die Angabe „F04.- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt“ ersetzt.
  - c) Nach der Angabe „F04.- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt“ wird die Angabe „F05.1 Delir bei Demenz“ eingefügt.

d) Die Angaben „F06.2 Organischer wahnhafter Störung“ bis „F07.2 Organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma“ werden wie folgt gefasst:

„F06.2 Organische wahnhafte Störung

F06.3 Organische affektive Störungen

F06.4 Organische Angststörung

F06.5 Organische dissoziative Störung

F06.6 Organische emotional labile Störung

F07.0 Organische Persönlichkeitsstörung

F07.1 Postenzephalitisches Syndrom

F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma“

#### PatV

e) Nach der Angabe „F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma“ werden folgende Angaben eingefügt:

„F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, mit Ausnahme von F10.0, F10.1, F10.3, F10.4 sowie F10.9

F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiolide, mit Ausnahme von F.11.0, F11.2, F11.3 sowie F11.9

F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, mit Ausnahme von F.12.0, F12.2, F12.3 sowie F12.9

F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, mit Ausnahme von F13.0, F13.1, F13.3, F13.4 sowie F13.9

F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, mit Ausnahme von F19.0, F19.1, F19.3, F19.4 sowie F19.9“

f) Die Angabe „F21.- Schizotyper Störung“ wird durch die Angabe „Schizotype Störung“ ersetzt.

g) Die Angabe „F22.- Anhaltender wahnhafter Störung“ durch die Angabe „F22.- Anhaltende wahnhafte Störung“ ersetzt.

#### KBV/PatV/DKG<sup>1</sup>

h) Nach der Angabe „F22.- Anhaltende wahnhafte Störung“ wird die Angabe „F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen“ eingefügt.

i) Die Angabe „F24.- Induzierter wahnhafter Störung“ wird durch die Angabe „F24.- Induzierte wahnhafte Störung“.

j) Die Angabe „F25.- Schizoaffektiver Störung“ durch die Angabe „F25.- Schizoaffektive Störung“

k) Die Angabe „F30.- Manischer Episode“ durch die Angabe „F30.- Manische Episode“ ersetzt.

<sup>1</sup> Hinweis im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens: Die DKG vollzieht für eine generelle Anwendung der GAF-Skala nach § 4 Abs. 7.

KBV/PatV	GKV-SV
<p>l) Die Angabe „F31.- Bipolarer affektiver Störung mit Ausnahme von: F31.7–F31.9“ wird durch die Wörter „F31.- Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bei über 6 Monate remittiertem Zustand.“</p> <p>F31.9 (nur bei Verordnung durch Vertragsärzte nach § 4 Absatz 6 Satz 4)* ersetzt.</p>	<p>l) Die Angabe „F31.- Bipolarer affektiver Störung mit Ausnahme von: F31.7–F31.9“ wird durch die Angabe „F31.- Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bis F31.9“ ersetzt.</p>

m) Die Angabe „F32.- Depressiver Episode mit Ausnahme von: F32.0, F32.1 und F32.9“ wird durch die Angabe „F32.- Depressive Episode mit Ausnahme von: F32.0, F32.1 und F32.9“

n) Die Angabe „F33.- Rezidivierender depressiver Störung mit Ausnahme von: F33.0, F33.1, F33.4, F33.8 und F33.9“ wird durch die Angabe „F33.- Rezidivierende depressive Störung mit Ausnahme von: F33.0, F33.4, F33.8 und F33.9“ ersetzt.

PatV	KBV
<p>o) Nach der Angabe „F33.- Rezidivierende depressive Störung mit Ausnahme von: F33.0, F33.4, F33.8 und F33.9“ werden die Angaben</p> <p>„F40.0 Agoraphobie</p> <p>verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)</p> <p>F40.1 Soziale Phobie</p> <p>verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)“</p> <p>eingefügt.</p>	<p>o) Nach der Angabe „F33.- Rezidivierende depressive Störung mit Ausnahme von: F33.0, F33.4, F33.8 und F33.9“ werden die Angaben</p> <p>„F40.0 Agoraphobie</p> <p>verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50) und über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten</p> <p>F40.1 Soziale Phobie</p> <p>verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50) und über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten“</p> <p>eingefügt.</p>

p) Die Angabe „F41.1 Generalisierter Angststörung“ wird durch die Angabe „F41.1 Generalisierte Angststörung“ ersetzt.

q) Nach der Angabe „F41.1 Generalisierte Angststörung“ werden die Angaben

KBV/PatV	GKV-SV/DKG <sup>2</sup>
<p>„F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50),</p> <p>F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50),</p>	<p>„F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen,</p> <p>F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt,“</p>
	<b>DKG<sup>3</sup></b>
<p>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)“ und über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten,</p> <p>F50.0 Anorexia nervosa verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)</p> <p>F50.1 Atypische Anorexia nervosa verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)“ eingefügt.</p>	<p>„F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung,</p> <p>F50.0 Anorexia nervosa</p> <p>F50.1 Atypische Anorexia nervosa“ eingefügt.</p>

<sup>2</sup> Hinweis im Rahmen des Stellungsnahmeverfahrens: GKV-SV und DKG votieren für eine generelle Anwendung der GAF-Skala nach § 4 Abs. 7.

<sup>3</sup> Hinweis im Rahmen des Stellungsnahmeverfahrens: Die DKG votiert für eine generelle Anwendung der GAF-Skala nach § 4 Abs. 7.

<b>PatV</b>	
<p>r) Nach der Angabe „F50.1 Atypische Anorexia nervosa“ werden die Angaben „F50.2 Bulimia nervosa“  verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)  F50.3 Atypische Bulimia nervosa  verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)“  eingefügt.</p>	
<b>PatV</b>	<b>KBV</b>
s) Nach der Angabe	
„F50.3 Atypische Bulimia nervosa“	„F50.1 Atypische Anorexia nervosa“
<p>wird die Angabe  „F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung“  verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)  F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung  verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)“  eingefügt.</p>	
	<b>GKV-SV</b>
	<p>s) Nach der Angabe „F50.1 Atypische Anorexia nervosa“ wird die Angabe „F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“  eingefügt.</p>
<b>KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>t) Nach der Angabe „F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ werden die Angaben „F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“  verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50).</p>	<p>t) Nach der Angabe „F50.1 Atypische Anorexia nervosa“ werden die Angaben „F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“  eingefügt.</p>

F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50) eingefügt.	F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit“ eingefügt.
<b>PatV</b>	
u) Nach der Angabe „F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit“ werden die Wörter „anderen Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Diagnosen und“ eingefügt.	
<b>GKV-SV/DKG</b>	
v) Nach den Wörtern „koordiniert werden kann“ wird der Klammerzusatz „(vgl. Anwendung der GAF-Skala in § 4 Absatz 7 Satz 2)“ eingefügt.	

- w) Die Angabe „und das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann.“ wird gestrichen.
- x) Der 4. Spiegelstrich wird wie folgt geändert:
  - aa) Nach dem Wort „Krankheitssymptomatik“ das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt.
  - bb) Folgender Satz wird angefügt: „Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzulegen.“

3. Die Spalte „Dauer und Häufigkeiten der Maßnahme“ wird wie folgt gefasst:

GKV-SV/DKG	KBV/PatV
„Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.“	„Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann. Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (siehe F40.0, F40.1 und F43.1 in der Spalte „Bemerkung“) ist ein längerer als



Stand: 05.09.2017

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Vom Beschlussdatum

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Änderungen in § 4 der Richtlinie .....	2
2.1.1	Ergänzendes Ziel der pHKP (§ 4 Absatz 2 neu).....	2
2.1.2	Verordnungsdauer (§ 4 Absatz 4 neu) .....	3
2.1.3	Weitere Leistungsinhalte (§ 4 Absatz 5 neu).....	4
2.1.4	Verordnungsberechtigte Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 6 neu).....	4
2.2	Redaktionelle Anpassungen in der HKP-Richtlinie.....	6
2.3	Änderungen im Leistungsverzeichnis unter Nr. 27a .....	7
2.3.1	Spalte „Leistungsbeschreibung“ .....	7
2.3.2	Indikationsliste in der Spalte „Bemerkung“ .....	7
2.3.3	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ .....	16
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	17
4.	Bürokratiekostenermittlung .....	17
5.	Verfahrensablauf .....	17
6.	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens .....	19

## 1. Rechtsgrundlage

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt. Für die unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses aufgeführten Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind in § 4 der Richtlinie Besonderheiten geregelt.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit Schreiben vom 25. Juli 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit den G-BA um Prüfung eines Aktualisierungsbedarfs der in der HKP-RL enthaltenen Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) gebeten und mögliche Änderungsbedarfe adressiert.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 17. Januar 2008 beschlossen, angesichts inhaltlicher Überschneidungen aufgrund vieler ähnlich gelagerter Versorgungsprobleme und Regelungsbedarfe die Beratungen zur pHKP und die Beratungen zur Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinie zusammenzuführen. Die Beratungen zur pHKP wurden mangels hinreichender Datenlage und im Rahmen der Beratungsplanung zunächst zurückgestellt und nach Abschluss der Beratungen zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im Mai 2015 wiederaufgenommen. Da aus einer systematischen Recherche der aktuellen Studienlage zur pHKP keine neuen Erkenntnisse zu gewinnen waren, wurde im Februar 2016 ein Expertengespräch zu diesem Thema durchgeführt (siehe Dokumentation [Verweis einfügen]).

Die vorgenommenen Änderungen beschränken sich auf die in § 4 der Richtlinie geregelten Besonderheiten der pHKP und die unter Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen enthaltenen Ausführungen und Diagnosen für die Verordnung von pHKP.

### 2.1 Änderungen in § 4 der Richtlinie

#### 2.1.1 Ergänzendes Ziel der pHKP (§ 4 Absatz 2 neu)

GKV-SV	PatV/KBV/DKG
Durch den neu eingefügten Absatz 2 wird im Rahmen der Zielsetzung der HKP nach § 2 HKP-RL die Besonderheit der pHKP hervorgehoben. Die pHKP soll dazu beitragen, dass die oder der Versicherte mit einer schweren psychischen Störung möglichst eigenständig in ihrer oder seiner gewohnten häuslichen und sozialen Umgebung leben kann.	Durch den neu eingefügten Absatz 2 wird im Rahmen der Zielsetzung der HKP nach § 2 HKP-RL die Besonderheit der pHKP hervorgehoben: Anders als bei der somatischen Pflege ist pHKP darauf ausgerichtet, „dem psychisch Kranken Hilfe zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mitmenschlichen Umgangs als Element des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt und umsetzt“ (Expertenkommission d. Bundesregierung, 1988). pHKP ist dabei Teil des Ganzen als Bindeglied zwischen Beratungsstellen, Reha-Kliniken, Ärztinnen und Ärzten, betreutem Wohnen und anderen psychosozialen Diensten und Angeboten der Gemeinde. Sie soll dazu beitragen, dass psychisch kranke Menschen im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten ein würdiges, eigenständiges Leben in ihrem gewohnten Lebenszusammenhang führen können. Durch die Pflege

	vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden. (vgl. Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege, <a href="http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf">http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf</a> ; 23.05.2017)
--	---

### 2.1.2 Verordnungsdauer (§ 4 Absatz 4 neu)

Die Regelungen für die Dauer der Verordnung von pHKP ergeben sich aus § 4. Sie wurden mit der aktuellen Beschlussfassung präzisiert. Mit Blick auf die Dauer der Erstverordnung ergeben sich folgende mögliche Konstellationen:

1. Wenn der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zum Zeitpunkt der Erstverordnung eine Einschätzung möglich ist, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die in Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten umgesetzt werden kann (vgl. § 4 Absatz 3), ist die Dauer der Erstverordnung im Einzelfall und abhängig vom Bedarf der oder des Versicherten zu bestimmen.

2. Ist der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt eine Einschätzung, ob die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen vorliegen, zum Zeitpunkt der Erstverordnung nicht möglich, ist die Erstverordnung zunächst auf 14 Tage beschränkt. Hierbei soll eingeschätzt werden, ob die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und der Beziehungsaufbau generell möglich ist. Hier hat die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt die Möglichkeit der Kontrolle und Überprüfung, ob diese Leistung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist.

2a) Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach diesen 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt werden, kann eine Folgeverordnung für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die Fähigkeitsstörungen nicht positiv beeinflusst werden können und dass mit der Behandlung verfolgte Therapieziel nicht umgesetzt werden kann, ist eine weitere Folgeverordnung nicht möglich.

2b) Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu dem Ergebnis, dass eine abschließende Einschätzung, ob die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen vorliegen, nach 14 Tagen noch nicht möglich ist, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Da in diesen Konstellationen noch nicht abschließend geklärt werden konnte, ob die pHKP als Leistung überhaupt zielführend ist, ist der Verordnungszeitraum begrenzt. In dieser Zeit soll eruiert werden, ob die pHKP die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflussen und mit der pHKP die Therapieziele erreicht werden können.

Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach diesen 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt werden, kann eine Folgeverordnung für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Kommt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nach diesen 14 Tagen zu dem Ergebnis, dass durch die pHKP die Fähigkeitsstörungen nicht positiv beeinflusst werden können und das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel nicht umgesetzt werden kann, ist eine weitere Folgeverordnung nicht möglich.

GKV-SV/DKG	PatV/KBV
Sollte der Gesamtverordnungszeitraum für länger als vier Monate erforderlich sein, ist im Zusammenhang mit der Verordnung anzugeben, inwieweit die pHKP auf die Fähigkeitsstörung positiv einwirken und der Versicherte stabilisiert werden kann (vgl. 2.4.3).	Sollte der Gesamtverordnungszeitraum für länger als sechs Monate erforderlich sein, ist im Zusammenhang mit der Verordnung anzugeben, inwieweit die pHKP auf die Fähigkeitsstörung positiv einwirken und der Versicherte stabilisiert werden kann (vgl. 2.4.3).

Als Folge aus den vorgenannten Änderungen wird im neuen Satz 5 (bisher Satz 3 des Absatzes 4) der Klammerzusatz „(erneute)“ ergänzt, der verdeutlichen soll, dass es sich auch um eine erneute Folgeverordnung handeln kann.

### 2.1.3 Weitere Leistungsinhalte (§ 4 Absatz 5 neu)

Satz 1, wonach die Anleitung der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung des oder der Versicherten Leistungsbestandteil sein kann, wurde aus Absatz 3 Satz 2 der bisherigen Fassung übernommen. Satz 2 konkretisiert, dass pHKP nach Möglichkeit in einer vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden soll, um eine optimale, differentialtherapeutisch abgewogene Behandlung zu gewährleisten. Zudem können durch sektorübergreifendes Zusammenwirken der ärztlich-medizinisch-therapeutischen Versorgung und des Hilfesystems, wie es durch weitere Leistungserbringer des psychosozialen Bereiches gegeben ist, synergistische Effekte genutzt werden.

### 2.1.4 Verordnungsberechtigte Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 6 neu)

In Absatz 6 (bisher Absatz 5) wurden die Facharztbezeichnungen gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aktualisiert und in Spiegelstrichen aufgeführt.

Im dritten Satz des neuen Absatzes 6 wurde klargestellt, dass auch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen dürfen. Die Ergänzung hat deklaratorischen Charakter.

Dadurch soll keine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von pHKP von anderen im Sinne des § 95 SGB V zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß der HKP-Richtlinie ermächtigt Einrichtungen erfolgen. Es handelt sich aufgrund der Bedeutung psychiatrischer Institutsambulanzen (PIAs) bei der Versorgung psychisch Kranker um eine Klarstellung.

Die Verordnung der pHKP durch PIAs kann nach § 3 Absatz 1 Satz 1 der HKP-RL nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Ärzte erfolgen.

<i>(Nachfolgende abweichende Formulierungen beschränken sich nur auf die Tragenden Gründe; die jeweilige Änderung laut Beschlussentwurf ist konsentiert.)</i>	
DKG/GKV-SV/PatV	KBV
Hierbei ist der Facharztstandard (vgl. § 5 der PIA-Vereinbarung) zu gewährleisten.	

Der neue Satz 4 (bisher Satz 2) in Absatz 6 regelt, welche weiteren Arztgruppen unter welchen Voraussetzungen pHKP verordnen dürfen.

Als weitere ordnungsberechtigte Arztgruppe neben den Hausärztinnen und Hausärzten werden Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie ergänzt. Mit der aktuellen Änderung der Richtlinie wird die Verordnung durch die Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie den Verordnungsmöglichkeiten der Hausärzte gleichgestellt. Wie bei den Hausärzten können nunmehr Verordnungen durch die Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie nur unter Diagnosesicherung durch die im § 4 Absatz 6 HKP-RL genannten Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Damit soll die Qualität hinsichtlich der fachspezifischen Diagnosesicherung im Kontext der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gestärkt werden. Aus diesem Grund wird ferner vorgesehen, dass bei Verordnung durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie die Diagnosestellung durch die Fachärztin oder den Facharzt nicht länger als 4 Monate zurückliegen darf. Dies war bisher nicht klar geregelt. Die Dauer der Verordnung durch die Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie sollte insgesamt 6 Wochen nicht überschreiten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass sich die Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit in die fachärztliche Behandlung begeben und die pHKP durch Fachärztinnen und Fachärzte verordnet wird. Somit wird sichergestellt, dass die Versorgung den fachlichen Anforderungen entspricht. Durch die Einfügung des Begriffes „sollte“ wird dennoch ermöglicht, dass Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie in Einzelfällen auch länger als sechs Wochen pHKP verordnen können. Satz 5 im neuen Absatz 6 entspricht unverändert dem bisherigen Satz 3 in § 4 Absatz 4.

GKV-SV/DKG	PatV/KBV
<p><b>2.1.5 Regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala (Absatz 7 Satz 2 neu)</b></p> <p>Die Global Assessment of Functioning (GAF)-Skala ist eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen (vgl. Pedersen G, Karterud S.; The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale; Comprehensive Psychiatry 2012). Darüber hinaus ist die GAF-Skala integraler Bestandteil innerhalb der Achse V des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) DSM-IV. Als valides Instrument sollte die GAF-Skala daher zur Abschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität herangezogen werden. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen werden nicht in die GAF-Skala einbezogen (vgl. Saß, H., Wittchen h.U., et al., Diagnostische Kriterien – DSM-IV-TR; Göttingen 2003, S. 48). Als alleiniges Instrument zur Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivität(en) ist die</p>	<p>Die Richtlinie sieht bislang eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala nicht vor, sondern die Funktionseinschränkungen, die vom verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin zu diagnostizieren sind, sind am Ende der Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses aufgeführt.</p> <p>Es könnte zielführend sein, die GAF-Skala heranzuziehen, soweit keine Einschränkungen bei den Diagnosen vorgenommen würden, weil dann das Ausmaß der Fähigkeitsstörung in den Vordergrund der Indikationsstellung rücken würde. Sollte es jedoch keine oder kaum Veränderungen im Diagnosekatalog geben und nun die GAF-Skala, ergänzend zur Beschreibung der Beeinträchtigung nach § 27a als zusätzliches drittes Kriterium bei der Indikationsstellung heranzuziehen ist, ergeben sich neue Einschränkungen für die Verordnungsfähigkeit der pHKP.</p> <p>Für die bisher schon in Nr. 27a enthaltenen Diagnosen kommt hinzu, dass und die Schwere der Erkrankung durch die Diagnosen vorgegeben ist.</p>

<p>GAF-Skala daher nicht geeignet. In Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden (vgl. Expertenanhörung in der AG pHKP – 3. Amtsperiode (Juli 2012 - Juni 2018) – am 16. Februar 2016). In der Expertenanhörung des G-BA wurde ein Wert von 50 bis 41 auf der GAF-Skala genannt, bei dem die Einschränkungen der Fähigkeitsstörungen so gravierend sind, dass eine pHKP grundsätzlich sinnvoll sein kann. Daher ist als Orientierungswert für die Indikation der pHKP ein Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50) auf der GAF-Skala in die HKP-Richtlinie zu implementieren. Des Weiteren wird auch zur Indikationsstellung der Soziotherapie die GAF-Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50) herangezogen. Aufgrund der inhaltlichen Nähe der pHKP zur Soziotherapie ist es daher sinnvoll, beide Richtlinien mit Blick auf die Indikationsstellung zu harmonisieren, indem die HKP-Richtlinie der neugefassten Soziotherapie-Richtlinie diesbezüglich angepasst wird.</p> <p>Mit der Einführung der GAF-Skala sind keine Leistungseinschränkungen verbunden, sondern sie dient einer besseren Bestimmbarkeit der Funktionseinschränkungen und damit der medizinischen Notwendigkeit der pHKP.</p>	<p>Für die meisten der neu eingeführten Indikationen ist in den im Leistungskatalog genannten Fällen eine Angabe der Fähigkeitsstörungen mittels der GAF-Skala erforderlich, da diese Indikationen alleine – ohne eine Angabe zur Fähigkeitsstörung – noch keine Leistung der pHKP auslösen. Für die Diagnosen, die keiner Anwendung der GAF-Skala bedürfen, erfolgte mit der Aufnahme dieser Diagnosen in den Leistungskatalog nur eine Anpassung an die bisherige Verordnungspraxis.</p>
--	--

## 2.2 Redaktionelle Anpassungen in der HKP-Richtlinie

Die Fußnote 2 zu § 3 Absatz 2 Satz 1 war zu streichen, da der dort enthaltene Hinweis aufgrund des inzwischen zu verwendenden einheitlichen Verordnungsformulars nicht mehr erforderlich ist.

Ferner wird in § 4 der HKP-RL einheitlich die Bezeichnung „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ verwendet, weshalb Anpassungen im Richtlinientext erforderlich waren.

## 2.3 Änderungen im Leistungsverzeichnis unter Nr. 27a

### 2.3.1 Spalte „Leistungsbeschreibung“

PatV/KBV	GKV-SV <i>(Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)</i>
<p>Folgende Leistungsbestandteile wurden in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses ergänzt:</p> <p>„Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“</p> <p>Dieser Leistungsbestandteil ist neben den kompensatorischen Hilfen wesentlich, damit pHKP dazu beitragen kann, dass psychisch kranke Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Diese Patienten benötigen ein Training, um damit ihre individuellen Bedürfnisse und Hilfebedarfe zu erkennen. Dann kann ein entsprechendes Verhalten zur Selbstbefähigung erarbeitet werden.</p> <p>- „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.“</p> <p>Dieser Leistungsbestandteil anerkennt, dass pHKP Bindungsglied zwischen Beratungsstellen, Reha-Kliniken, Ärztinnen und Ärzten, betreutem Wohnen und anderen psychosozialen Diensten und Angeboten der Gemeinde ist. Entsprechend ist die „Koordination persönlicher Hilfenetze“ aktuell auch Bestandteil der Leistungsbeschreibung in den Berliner IV Verträgen (siehe Expertenbefragung, Frage 15, Antwort Dr. Meyer).</p>	<p>Die pHKP ist eine medizinisch-pflegerische Leistung, die durch eine fachgerechte Pflege die Versicherte oder den Versicherten insoweit stabilisieren soll, dass sie oder er möglichst selbstständig zu Hause leben kann. Die Unterstützung bei der Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen ist kein Bestandteil der häuslichen Krankenpflege. Die Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistung soll durch die Soziotherapie nach § 37a SGB V ermöglicht werden. Die Hilfe bei der Inanspruchnahme anderer Hilfen ist keine Aufgabe einer durch die GKV zu finanzierenden Leistung, sondern ist eher dem Bereich der Sozialarbeit zuzuordnen.</p>

### 2.3.2 Indikationsliste in der Spalte „Bemerkung“

In der Spalte „Bemerkung“ wurde die Liste der Diagnosen, bei denen pHKP verordnungsfähig ist, wie folgt ergänzt:

Zu F05.1 Delir bei Demenz ist charakterisiert durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Im Rahmen der Expertenbefragung wurde Delir bei Demenz als Diagnose der pHKP identifiziert (Vgl. Frage 1, Herpertz).

PatV	GKV-SV/KBV/DKG (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)
<p>Zu F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:</p> <p>Im Rahmen der Expertenbefragung wurde deutlich, dass es einen fachlichen Grund für den Ausschluss der Suchterkrankungen aus dem Diagnosekatalog der pHKP nicht gibt. Vielmehr begründe sich der Ausschluss aufgrund eines Systems der Suchtkrankenhilfe (vgl. Expertenbefragung, Frage 1, S. 5).</p> <p>Doch unabhängig davon, dass das Angebot der Suchtkrankenhilfe bundesweit uneinheitlich und heterogen ist, können subsidiäre oder ergänzende Angebote der Suchthilfe einen Leistungsausschluss der GKV nicht begründen, wenn die Leistung erforderlich ist, wovon die Experten ausgehen.</p> <p>Auch eine von der Abteilung Fachberatung Medizin ausgewertete Therapiestudie von Patterson et al. (community psychiatric nurse aftercare for alcoholics, 1991, 1997) zeigt einen positiven Effekt der pHKP bei alkoholabhängigen Patienten. Bei der in Nordirland durchgeführten Studie waren Patienten mit Alkoholabhängigkeit und vorausgehender stationärer Behandlung eingeschlossen. Während die Interventionsgruppe durch psychiatrische Pflegekräfte („community psychiatric nurse“) ambulant betreut wurden, erhielt die Kontrollgruppe die Standardbetreuung, d.h. sie konnte sich bei Bedarf an die behandelnde Einrichtung wenden. Nach zwölf und nach 60 Monaten war der Anteil der abstinenten Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (54% zu 36%, <math>p &lt; 0,001</math> bzw. 36% zu 6%, <math>p &lt; 0,001</math>). Auch der Anteil der Re-Hospitalisierungen war bei der Interventionsgruppe geringer (19% zu 37%, <math>p &lt; 0,05</math>).</p>	<p>Für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen existiert laut S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ ein differenziertes Versorgungssystem mit einer Vielzahl von Angeboten. Die körperliche Entgiftung und die qualifizierte Entzugsbehandlung werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen angeboten. Suchtspezifische Beratung, Kurzintervention und postakute Behandlung inklusive Entwöhnung werden insbesondere in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen der Suchtpsychiatrie und im Suchthilfesystem angeboten. Darüber hinaus gibt es Schnittstellen zu vielfältigen weiteren Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in der Aufgabenstellung (z.B. Jugendhilfe, Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe, diverse Arbeitslosenhilfen, Selbsthilfe).</p>
<p>Zu F11.- und F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioid- oder Cannabinoide:</p> <p>Im Rahmen der Expertenbefragung wurde deutlich, dass es einen fachlichen Grund für den Ausschluss der Suchterkrankungen aus dem Diagnosekatalog der pHKP nicht gibt.</p>	

PatV	GKV-SV/KBV/DKG (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)
<p>Vielmehr begründe sich der Ausschluss aufgrund eines Systems der Suchtkrankenhilfe (vgl. Expertenbefragung, Frage 1, S. 5). Da das Angebot der Suchtkrankenhilfe bundesweit uneinheitlich und heterogen ist, können subsidiäre oder ergänzende Angebote der Suchthilfe einen Leistungsausschluss der GKV nicht begründen, wenn die Leistung erforderlich ist, wovon die Experten ausgehen.</p> <p>Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode oder Cannabinoide gehören zu der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Vergleichbar mit F10.- und F19._</p> <p>Versicherte mit diesen Diagnosen sind manchmal so schwer erkrankt, dass die Angebote der Suchthilfe fast immer auf einer Komm-Struktur beruhen. Diese Angebote sind darauf angelegt, dass Betroffene dort hingehen und aktiv Hilfe suchen. Schwer Erkrankte bedürfen jedoch der pHKP, da diese aufsuchend tätig ist und dadurch zur Behandlung und auch als Brücke zur Suchthilfe beitragen kann.</p>	
<p>Zu F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Seditiva oder Hypnotika:</p> <p>Im Rahmen der Expertenbefragung wurde deutlich, dass es einen fachlichen Grund für den Ausschluss der Suchterkrankungen aus dem Diagnosekatalog der pHKP nicht gibt. Vielmehr begründe sich der Ausschluss aufgrund eines Systems der Suchtkrankenhilfe (vgl. Expertenbefragung, Frage 1, S. 5). Da das Angebot der Suchtkrankenhilfe bundesweit uneinheitlich und heterogen ist, können subsidiäre oder ergänzende Angebote der Suchthilfe einen Leistungsausschluss der GKV nicht begründen, wenn die Leistung erforderlich ist, wovon die Experten ausgehen.</p> <p>Psychische und Verhaltensstörungen durch Seditiva oder Hypnotika gehören zu der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope</p>	<p>Auch bei Störungen aus dem Kapitel F 13 kommen Leistungen des Suchthilfesystems in Frage, wie z. B. suchtspezifische Beratung, Kurzintervention und postakute Behandlung inklusive Entwöhnung. Auch diese werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen der Suchtpsychiatrie und im Suchthilfesystem angeboten. Auch für diese Störungsbilder existieren Schnittstellen zu vielfältigen weiteren Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in der Aufgabenstellung.</p>

PatV	GKV-SV/KBV/DKG (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)
<p>Substanzen“; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Vergleichbar mit F10.- und F19.</p>	
<p>Zu F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen:</p> <p>Im Rahmen der Expertenbefragung wurde deutlich, dass es einen fachlichen Grund für den Ausschluss der Suchterkrankungen aus dem Diagnosekatalog der pHKP nicht gibt. Vielmehr begründet sich der Ausschluss aufgrund eines Systems der Suchtkrankenhilfe (vgl. Expertenbefragung, Frage 1, S. 5). Da das Angebot der Suchtkrankenhilfe bundesweit uneinheitlich und heterogen ist, können subsidiäre oder ergänzende Angebote der Suchthilfe einen Leistungsausschluss der GKV nicht begründen, wenn die Leistung erforderlich ist, wovon die Experten ausgehen.</p> <p>Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen gehören zu der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Vergleichbar mit F10.- und F13.</p>	<p>Auch bei Störungen aus dem Kapitel F 19 kommen Leistungen des Suchthilfesystems in Frage, wie z. B. suchtspezifische Beratung, Kurzintervention und postakute Behandlung inklusive Entwöhnung. Auch diese werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen der Suchtpsychiatrie und im Suchthilfesystem angeboten. Auch für diese Störungsbilder existieren Schnittstellen zu vielfältigen weiteren Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in der Aufgabenstellung.</p>

PatV/KBV	DKG	GKV-SV (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellanahmeverfahrens)
<p>Zu F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen sind durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen, und durch eine schwere Störung des normalen Verhaltens charakterisiert. Ratlosigkeit und Verwirrtheit kommen häufig vor.</p> <p>In der Versorgungsrealität (z. B. auch im Rahmen von IV-Verträgen) werden bereits heute Erkrankte mit dieser Diagnose mit pHKP versorgt. Mit der Aufnahme dieser Diagnose in den Leistungskatalog erfolgt lediglich eine Anpassung an den „Versorgungsalltag“.</p> <p>In der Expertenbefragung wurde die Diagnose F23 explizit genannt (Vgl. Expertenbefragung, Frage 1 (Meyer), Verweis auf IV-Verträge; (Herpertz)</p>	<p>[generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]</p>	<p>Eine akute vorübergehende psychotische Störung tritt plötzlich auf. Innerhalb weniger Tage bis maximal 2 Wochen wird ein bis dahin unauffälliger Mensch psychotisch. Eine vollständige Besserung aller Symptome erfolgt laut ICD-10 oft bereits nach wenigen Tagen oder Wochen.</p> <p>Ein akut psychotisches Störungsbild bedarf der akutpsychiatrischen Behandlung, die in der Regel stationär erfolgt. Um die Diagnose der vorübergehenden Störung korrekt vergeben zu können, ist die Besserung der Symptome von Bedeutung. Das heißt, Diagnosesicherheit kann nur vorherrschen und die Diagnose kann nur dann vergeben werden, wenn die Symptome nicht mehr vorhanden sind. Eine psychiatrische häusliche Krankenpflege ist dann nicht mehr nötig.</p>
<p><b>KBV/PatV</b></p>		<p><b>GKV-SV (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellanahmeverfahrens)</b></p>
<p>Zu F31.-</p> <p>Die Diagnosegruppe F31.- bleibt erhalten. Die Ausnahmeregelung wurde insofern angepasst, als ein Erkrankter mit der Diagnose F31.7 nun grundsätzlich mit pHKP versorgt werden kann. Befindet sich dieser Patient dann allerdings in einem über 6 Monate remittiertem Zustand, so liegt für die Verordnung von pHKP kein medizinisches Erfordernis mehr vor.</p> <p>F31.8 ist eine selten diagnostizierte Diagnose. Liegt sie vor, so soll zunächst mit Hilfe der pHKP der Erkrankte und sein Lebensumfeld soweit stabilisiert werden, dass weiterführende Hilfen Zugang haben.</p> <p>F31.9 bleibt von der Versorgung mit pHKP ausgeschlossen, es sei denn, die Verordnung wird von einer Hausärztin oder einem Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie im Rahmen einer Startverordnung nach § 4 Abs. 6 Satz 4 ausgestellt</p>		<p>Laut AWMF-Leitlinie Bipolare Störungen sorgen Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Maßnahmen dafür, stationäre Aufenthalte zu verhindern oder zu verkürzen.</p> <p>Die Leitlinie empfiehlt Psychotherapie zur Prophylaxe von Rückfällen sowie unterstützende Therapieverfahren in einem individuellen integrierten Behandlungsplan.</p> <p>Ein solches komplextherapeutisches Angebot bieten medizinische Versorgungszentren und psychiatrische Institutsambulanzen. Eine Etablierung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege bei diesem Störungsbild würde ungewünschte und für Versicherte und Leistungserbringer unübersichtliche Doppelstrukturen aufbauen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist die Notwendigkeit einer psychiatrischen</p>

		häuslichen Krankenpflege fachlich nicht nachvollziehbar.
<b>AG</b>		
Zu F33.1.-:		
Diese Diagnose ist gekennzeichnet durch wiederholte depressive Episoden mit aktuell mittelgradiger Episode. Der Übergang zu schweren Episoden ist fließend (F33.2 und F33.3), so dass bereits bei F33.1 zwischenzeitlich auch stark eingeschränkten Fähigkeitsstörungen gegeben sind. Da bei Diagnose F33.1 bereits vorausgehende depressive Episoden und damit Rezidivgefährdung bekannt sind, besteht schon frühzeitig ein Interventionsbedarf. Hier soll mittels der pHKP der individuelle Bedarf an der Intensität der Intervention, auch der Zugang zu anderen Hilfestrukturen, rechtzeitig aufgebaut und erhalten werden.		
<b>PatV</b>	<b>KBV</b>	<b>GKV-SV</b> (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellanahmeverfahrens)
Zu F40.0/1.-		Für Angststörungen liegen Wirksamkeitsnachweise für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen vor, daher empfiehlt auch die AWMF-Leitlinie neben Pharmakotherapie Verhaltenstherapie.
Die Begleitung durch eine pHKP ist bei Menschen, die in Folge einer schweren psychischen Erkrankung hohe Funktionseinschränkung erleben (Orientierungswert ist 40, höchstens $\leq 50$ der GAF-Skala) (vgl. Expertenbefragung, Frage 1 (Meyer), Verweis auf IV-Verträge).		Im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans können Ergo-, Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie begleitend berücksichtigt werden.
Begründung GAF-Skala:		All diese von der Leitlinie empfohlenen Interventionen erfordern ein multiprofessionelles Team und können stationär und ambulant erbracht werden. Unter anderem auch für Menschen mit Angststörungen, die eine niedergelassene Psychotherapeutin bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum nicht oder nur mit Schwierigkeiten erreichen können, wurde das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen geschaffen (vgl. §1 Ziele und Diagnosen-Positivliste der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30. April 2010). Im Bedarfsfall umfasst das Angebot des multiprofessionellen Teams einer PIA auch aufsuchende Hilfen sowie einen Notfalldienst.
Der Schweregrad der krankheitsbedingten Funktionseinschränkung variiert bei dieser Erkrankung sehr erheblich und wird in der ICD-Codierung nicht abgebildet. Auch beinhaltet diese Diagnose in der Regel vorrangig die Indikation zu einer Psychotherapie/Verhaltenstherapie. Da bei dieser Erkrankung aber neben leichteren Verlaufsformen auch einschneidende, die individuelle Handlungs- und Funktionsfähigkeit beeinträchtigende Verläufe auftreten und psychotherapeutische Hilfen nicht in Anspruch genommen werden können, sollte hier zur adäquaten Hilfestellung pHKP eingesetzt werden. Hier ist eine entsprechende Einschätzung nach der GAF-Skala erforderlich.		Die Aussagen der befragten Expertinnen und Experten zur Aufnahme von Angststörungen sind nicht konsistent und einheitlich.
	KBV Begründung: zeitliche Begrenzung:  Da es sich bei dieser Erkrankung um eine prioritär psychotherapeutisch zu behandelnde Erkrankung handelt, sollte der Einsatz von pHKP im Sinne einer ggf. überbrückender resp. Psychotherapie-	

	<p>anbahnenden Funktion in der Regel auf 6 Monate begrenzt sein. Ein längerfristiger Einsatz birgt die Gefahr iatrogenen Chronifizierung mit Vermeidung der notwendigen psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit der Krankheitsdynamik in sich.</p>	
<b>PatV/KBV</b>		<b>GKV-SV/DKG</b>
<p>Zu F42.1/2.- Die Begleitung durch eine pHKP ist bei Menschen, die in Folge einer schweren psychischen Erkrankung hohe Funktionseinschränkung erleben, in Verbindung mit der GAF-Skala indiziert. Begründung GAF-Skala siehe oben. F40.0/1</p>		<p>Zu F42.1/2.- Die Begleitung durch eine pHKP ist bei Menschen, die in Folge einer schweren psychischen Erkrankung hohe Funktionseinschränkung erleben, indiziert.</p>
<b>PatV/KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>GKV-SV</b> <i>(Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stimmungsinterventionsverfahrens)</i>
<p>Zu F43.1 Vgl. Frage 1 (Roth-Sackenheim). (Hauth) PatV/KBV: Begründung GAF-Skala siehe oben, F40.0/1 (DKG: generelle Anwendung GAF II, § 4 Abs. 7)</p>		<p>Die S3-Leitlinie empfiehlt für PTBS traumaspezifische Psychotherapie und gegebenenfalls adjuvante Psychopharmakotherapie sowie adjuvante Therapien im Rahmen eines traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplans.</p> <p>All diese Interventionen erfordern ein multiprofessionelles Team und können stationär und ambulant erbracht werden. Unter anderem auch für Menschen mit PTBS, die eine niedergelassene Psychotherapeutin oder einen niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum nicht oder nur mit Schwierigkeiten erreichen können, wurde das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen geschaffen (vgl. §1 Ziele und Diagnosen-Positivliste der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30. April 2010). Im Bedarfsfall umfasst das Angebot des multiprofessionellen Teams einer PIA auch aufsuchende Hilfen sowie einen Notfalldienst.</p>

			Die Aussagen der befragten Experten zur Aufnahme von PTBS sind nicht konsistent und einheitlich.
<b>PatV</b>	<b>KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>GKV-SV</b> (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)
Zu F50.0-3:	F50.0 und F50.1: Begründung GAF-Skala siehe oben, F40.0/1	Zu F50.0 und F50.1:	Versicherte mit einer Essstörung sind zum Zeitpunkt des Therapiebeginns oft ambivalent hinsichtlich der Veränderung ihrer Essprobleme. Auch die Bereitschaft, über mit der Essstörung einhergehende Gedanken und Gefühle zu thematisieren fällt zu Beginn schwer – teilweise auch über den gesamten Behandlungsverlauf. Laut AWMF-Leitlinie sind Kombinationsbehandlungen mit mehreren Beteiligten (Psychotherapie, Ernährungsberatung, Familientherapie) sinnvoll.  Diese Interventionen können stationär (z. B. bei lebensbedrohlichem Untergewicht) und ambulant erbracht werden. Alle diese Leistungen können in der Psychiatrischen Institutsambulanzen angeboten werden (vgl. §1 Ziele und Diagnosen-Positivliste der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V). Im Bedarfsfall umfasst das Angebot des multiprofessionellen Teams einer PIA auch aufsuchende Hilfen sowie einen Notfalldienst.  Die Aussagen der befragten Expertinnen und Experten zur Aufnahme von Essstörungen sind nicht konsistent: eine mögliche Aufnahme bei hohem Fähigkeitsverlust wurde nur von 2 der 4 befragten Expertinnen und Experten angeregt.
Als weitere Indikation wird durch die Experten die Gruppe der Essstörungen genannt (Vgl. Frage 1 (Roth-Sackenheim), (Herpertz)			
<b>PatV/KBV</b>			<b>GKV-SV</b>
Zu F60.1 und 3.- vgl. Expertenbefragung, Frage 1 (Meyer), Verweis auf IV-Verträge, (Roth-Sackenheim); Herpertz: 60.3 Begründung GAF-Skala siehe oben, F40.0/1			Zu 60.3 bzw. Nicht-Aufnahme von 60.1:  Eine Aufnahme der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) wurde durch eine Expertin, die auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen langjährig tätig ist und zu den anerkannten Experten zählt, im Rahmen der Expertenbefragung des G-BA fachlich nachvollziehbar begründet. Die Aufnahme der Diagnose F60.3 ist daher fachlich gerechtfertigt. Diese Expertin warnte jedoch davor, dass die Aufnahme anderer Diagnosen des

		Kapitels F6 kontraindiziert seien. Die F60.1 wird daher nicht aufgenommen.
<b>PatV/KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>GKV-SV</b> (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)
Zu F61: PatV/KBV: Begründung GAF-Skala siehe oben, F40.0/1 [DKG: generelle Anwendung GAF It. § 4 Abs. 7]	Zu F62.0-1: PatV/KBV: Begründung GAF-Skala siehe oben, F40.0/1 [DKG: generelle Anwendung GAF It. § 4 Abs. 7]	Zu Nichtaufnahme: Persönlichkeitsstörungen sind sozial unflexibel, wenig angepasste und extrem normabweichende Verhaltensauffälligkeiten. Sie sind überdauernd, beeinträchtigen die soziale Funktionsfähigkeit wesentlich und führen zu gravierenden subjektiven Beschwerden. Als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gelten laut AWMF-Leitlinie psychotherapeutische Verfahren. In der Expertenbefragung des G-BA wurde durch eine der führenden Wissenschaftlerinnen auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen und Mitautorin der AWMF-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen, davor gewarnt, dass pHKP bei vielen Diagnosen des Kapitels F6 der ICD-10 zu einer regressiven Entwicklung des Gesundheitszustandes führen könne und damit kontraindiziert sei.
<b>PatV</b>		<b>GKV-SV</b> (Ausführungen dienen der Darstellung der Gegenposition im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens)
Zu „anderen Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Diagnosen“: Aufnahme vgl. Expertenbefragung Frage 1 Meyer, Roth-Sackenheim Durch die Expertenbefragung wurde deutlich, dass das gleichzeitige Vorliegen von psychischen Krankheiten und/oder körperlichen Krankheiten eine Indikation für pHKP darstellt. Die Voraussetzung, dass im Rahmen der Indikationsstellung mindestens eine der am Ende der Ziffer 27a aufgelisteten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) gegeben sein muss, bleibt unberührt.		Gegen Aufnahme der Öffnungsklausel: Bei vielen Diagnosen der ICD-10 ist Psychotherapie das Mittel der ersten Wahl. Diese kann nicht durch pHKP ersetzt werden. Entscheidend für die Verordnung von pHKP ist die Hauptdiagnose. Nebendiagnosen sind dabei weniger relevant. Eine derartige Öffnungsklausel wurde außerdem in der Expertenanhörung nicht gefordert, da diese auch fachlich nicht begründbar ist und – s. auch die vorgenannten Ausführungen – es teilweise auch Kontraindikationen gibt. Somit gibt es keine wissenschaftliche Evidenz, die die Öffnung der pHKP auf alle F-Diagnosen hinsichtlich der pHKP fachlich stützt. Auch in der durch den G-BA durchgeführten systematischen

	Literaturrecherche konnten keine diesbezüglichen Ergebnisse festgestellt werden.
--	--

In der Textpassage nach Aufführung der Diagnosen wird die Voraussetzung, dass das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann, gestrichen.

Die Indikation zur pHKP kann nicht davon abhängig gemacht werden, dass eine evtl. primär einzusetzende Medikamentengabe allein nicht ausreichend zur Therapie ist. So kann sowohl die Unterstützung ggf. Hinführung zu einer Medikamenteneinnahme eine Indikation zur pHKP darstellen wie auch Krankheitsbilder, die nicht grundsätzlich prioritär durch Medikamentengaben zu behandeln sind. pHKP kann auch bei nicht medikamentös behandelten Patienten indiziert sein.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde der Eingangstext in der Spalte „Bemerkungen“ ergänzt („Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen:“), so dass die nachfolgenden Diagnosebezeichnungen entsprechend der ICD 10-GM grammatikalisch angepasst werden konnten.

Ferner wurde die Vorgabe, wonach der Krankenkasse der Behandlungsplan vorzulegen ist, aus systematischen Gründen aus der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ an das Ende der Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 27a verschoben.

### 2.3.3 Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“

GKV-SV/DKG	KBV/PatV
Die psychiatrische häusliche Krankenpflege soll keine Leistung sein, die eine dauerhafte Begleitung oder Versorgung gewährleistet.  Ist erkennbar, dass ein Verordnungszeitraum von vier Monaten nicht ausreicht und nur mit einer Verlängerung der Verordnungsdauer eine anhaltende positive Beeinflussung der Fähigkeitsstörung(en) erreicht werden kann, kann eine Verordnung auch über diese 4 Monate hinaus erfolgen, wenn die Notwendigkeit der Weiterführung der pHKP und die zu erwartenden Verbesserungen der Fähigkeitsstörung(en) konkret begründet werden. Hierbei ist im Behandlungsplan als Bestandteil der Verordnung konkret darzulegen, auf welche Fähigkeitsstörung(en) die pHKP in welcher Weise positiv einwirken und den Versicherten insoweit stabilisieren kann.	Ein Versorgungszeitraum von bis zu 6 Monaten oder auch über 6 Monate hinaus entspricht der Versorgungsrealität insofern, als damit den multiprofessionellen Teams vor Ort die Möglichkeit gegeben wird, beispielsweise individuellen bezugstherapeutischen Aspekten oder auch Krankheitsrezidiven Rechnung tragen zu können. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass mittels eines ausreichenden Zeitraums für Förderung und Training des Patienten die Vermeidung von Institutionalisierung (auch ein Kostenfaktor) gegeben ist. Damit wird gleichzeitig die Lebensqualität jedes einzelnen psychisch Erkrankten gefördert.

Die abnehmende Frequenz wurde gestrichen. Darüber hinaus wurde die Vorgabe, wonach der Krankenkasse der Behandlungsplan vorzulegen ist, aus systematischen Gründen an das Ende der Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 27a verschoben.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

*[Kapitel wird nach Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erstellt]*

### 4. Bürokratiekostenermittlung

*[Kapitel wird nach Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erstellt]*

### 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ		Anlass der Aufnahme von Beratungen gesetzlicher Auftrag; Auflage/Hinweis des BMG; Schreiben sonstiger Institutionen; Überprüfung gemäß 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerFO
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerFO
TT.MM.JJJJ	UA/AG	Prozessschritte zur Wiedergabe von Beratungen auf UA-Ebene
TT.MM.JJJJ	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) / zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der HKP-RL
TT.MM.JJJJ	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA VL	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	UA VL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li><li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)</li></ul>
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HKP-RL
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerFO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den  Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7.5 Fließtext der Richtlinienänderung zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 05.09.2017

### Änderungen im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege

#### Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

##### (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)

(...)

#### § 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

(1) <sup>1</sup>Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. <sup>2</sup>Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Maßgabe von § 7 Absatz 5 verordnen.

(2) <sup>1</sup>Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung häuslicher Krankenpflege) <sup>1</sup>. <sup>2</sup>Die Ärztin oder der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere

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

anzugeben.

(3) <sup>1</sup>Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen und ist dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bekannt, hat die Verordnung zu unterbleiben. <sup>2</sup>Sofern die im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durchführen kann, hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben. <sup>3</sup>Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person nach Einschätzung der Ärztin oder des Arztes die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche nicht übernehmen, ist dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben. <sup>4</sup>Kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht eindeutig beurteilen, ob eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche erbringen kann, ist dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben.

(4) <sup>1</sup>Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Stempel und Datumsangabe. <sup>2</sup>Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

(5) Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies unverzüglich der Krankenkasse mit.

(6) Hält die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach der Krankenhausentlassung für erforderlich und teilt dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit, soll die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies bei der Verordnung berücksichtigen.

~~<sup>1</sup>Klarstellung zu § 3 Absatz 2 Satz 1: Die Nutzung des Vordrucks „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ bezieht sich ausschließlich auf die häusliche Krankenpflege. Für die psychiatrische Krankenpflege folgt eine gesonderte Regelung.~~

**§ 4 Besonderheiten ~~der Verordnung~~ der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege**

(1) Für die Verordnung von Leistungen nach Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (psychiatrische häusliche Krankenpflege) gelten nachfolgende Besonderheiten.

GKV-SV	PatV/KBV/DKG
<p>(2) <u>In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag möglichst selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.</u></p>	<p>(2) <u>In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.</u></p>
<p>(3) <del>Bei psychisch Kranken ist Voraussetzung</del> für die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege <u>ist</u>, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die in Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten <del>manifest</del> umgesetzt werden kann.</p>	
<p>(4) <u>Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der erstmaligen Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt eingeschätzt werden, kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen verordnet werden. Können die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau möglich. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich.</u></p>	
<p>(5) <u>Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zudem soll die Pflege in den psychiatrischen Verbund eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.</u></p>	
<p>(6) <del>Folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt des Fachgebietes zu verordnen (Ärztin oder Arzt für Nervenheilkunde, Neurologie,</del></p>	

<p><u>Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie):</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,</u></li> <li>- <u>Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,</u></li> <li>- <u>Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</u></li> <li>- <u>Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,</u></li> <li>- <u>Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs).</u></li> </ul>	
<p><sup>2</sup><u>Die in der Richtlinie verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003 in der Fassung vom 23. Oktober 2015 und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.</u></p>	
<p><sup>3</sup><u>Eine Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann ferner erfolgen durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V.</u></p>	
<p>«<u>Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten.</u></p>	
<p>«Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen <u>häuslichen</u> Krankenpflege ist der von der Ärztin oder dem Arzt erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst.</p>	
<p>(7) Maßnahmen der psychiatrischen <u>häuslichen</u> Krankenpflege sind nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des <u>VLeistungsverzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen</u> benannten Diagnosen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen).</p>	
<b>PatV/KBV</b>	<b>GKV-SV/DKG</b>
[diagnosebezogene GAF-Anwendung, s.u.]	<sup>2</sup> <u>Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten soll die GAF Skala<sup>2</sup> herangezogen werden.</u> <sup>3</sup> <u>Orientierungswert ist 40 (höchstens ≤ 50).</u>
<p>(8) Maßnahmen der psychiatrischen <u>häuslichen</u> Krankenpflege und die Leistungen der Soziotherapie können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden.</p>	
<p>(9) «Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen <u>häuslichen</u> Krankenpflege neben inhaltlich gleichen Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen. «Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen <u>häuslichen</u> Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer jeweils spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). «Sowohl im</p>	

<sup>2</sup> Global Assessment of Functioning Scale in: DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

Stand: 05.09.2017

Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Abgrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsentrierte Passagen grün; streiftige Passagen rot)

Auszug Leistungsverzeichnis Nr. 27a			
Spalte „Leistungsbeschreibung“	Spalte „Bemerkung“	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“	KBV/PatV
Psychiatrische häusliche Krankenpflege - Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau), - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, - Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen). <b>(PatV/KBV):</b> - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung. - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.	Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen:	<b>GKV/DKG</b> Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.	<b>KBV/PatV</b> Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann. Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (siehe F40.0, F40.1 und F43.1 in der Spalte „Bemerkung“) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.
		<b>bis zu 4 Monate bis zu 14 Einheiten pro Woche (abnehmende Frequenz)</b> Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzulegen.	

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsentierter Passagen grün; streitige Passagen rot)

Fortsetzung Spalte „Bemerkung“
F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1 Multinfarkt-Demenz
F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz
F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2 Demenz bei Chorea Huntington
F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit
F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern
F04.- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.1 Delir bei Demenz
F06.0 Organischer Halluzinose
F06.1 Organischer katatoner Störung
F06.2 Organischer wahnhafter Störung
F06.3 Organischer affektiver Störungen
F06.4 Organischer Angststörung
F06.5 Organischer dissoziativer Störung
F06.6 Organischer emotional labiler Störung
F07.0 Organischer Persönlichkeitsstörung
F07.1 Postenzephalitisches Syndrom
F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsentrierte Passagen grün;  
streitige Passagen rot)

PatV	GKV-SV/KBV/DKG	
F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, mit Ausnahme von F10.0, F10.1, F10.3, F10.4 sowie F10.9	--	
F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiolide, mit Ausnahme von F.11.0, F11.2, F11.3 sowie F11.9	--	
F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, mit Ausnahme von F.12.0, F12.2, F12.3 sowie F12.9	--	
F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, mit Ausnahme von F13.0, F13.1, F13.3, F13.4 sowie F13.9	--	
F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, mit Ausnahme von F19.0, F19.1, F19.3, F19.4 sowie F19.9	--	
F20.- Schizophrenie		
F21.- Schizotyper Störung		
F22.- Anhaltender wahnhafter Störung		
PatV/KBV	DKG	GKV-SV
F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen		--
	[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]	
F24.- Induzierter wahnhafter Störung		
F25.- Schizoaffective Störung		
F30.- Manische Episode		
PatV/KBV	GKV-SV	
F31.- Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bei über 6 Monate remittiertem Zustand <del>F31.9</del> [Hinweis: bisheriger „-“, durch „und“ ersetzt]	F31.- Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bis F31.9 [Hinweis: keine inhaltliche Änderung, nur grammatikalisch und bisheriger „-“, durch „bis“ ersetzt]	
F31.9 (nur bei Verordnung durch Vertragsärzte nach § 4 Absatz 6 Satz 4)		
F32.- Depressive Episode mit Ausnahme von: F32.0, F 32.1 und F 32.9		
F33.- Rezidivierender depressive Störung mit Ausnahme von: F33.0, <del>F33.1</del> , F 33.4, F 33.8 und F33.9		

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsentrierte Passagen grün; streitige Passagen rot)

PatV	KBV	GKV-SV
F40.0 Agoraphobie verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		—
	und über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten	
F40.1 Soziale Phobie verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		—
	und über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten	
F41.0 Panikstörung, auch wenn sie auf sozialen Phobien beruht		
F41.1 Generalisierter Angststörung		
<b>PatV/KBV</b>		<b>GKV-SV, DKG</b>
F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen		
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		[Anmerkung: generelle Anwendung GAF-IL § 4 Abs. 7]
<b>PatV/KBV</b>		<b>GKV-SV, DKG</b>
F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt		
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		[Anmerkung: generelle Anwendung GAF-IL § 4 Abs. 7]

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsentrierte Passagen grün; streitige Passagen rot)

PatV/KBV	DKG	GKV-SV
<b>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</b>		–
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50) und über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten	<i>[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]</i>	
<b>F50.0 Anorexia nervosa</b>		–
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	<i>[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]</i>	
<b>F50.1 Atypische Anorexia nervosa</b>		–
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	<i>[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]</i>	
<b>PatV</b>	<b>KBV/GKV-SV</b>	
<b>F50.2 Bulimia nervosa</b>	--	
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		
<b>F50.3 Atypische Bulimia nervosa</b>	--	
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		
<b>PatV/KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	
<b>F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung</b>		–
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)		

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsentrierte Passagen grün; streitige Passagen rot)

PatV/KBV	GKV-SV	
<b>F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung</b>		
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]	
PatV/KBV	DKG	GKV-SV
<b>F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen</b>		--
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]	
<b>F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung</b>		--
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]	
<b>F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit</b>		--
verordnungsfähig bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten nach der GAF Skala mit einem Orientierungswert von 40 (höchstens kleiner gleich 50)	[Anmerkung: generelle Anwendung GAF lt. § 4 Abs. 7]	
PatV	GKV-SV/KBV	
anderen Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Diagnosen	--	
und		
PatV/KBV	GKV-SV/DKG	
wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann:	wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann (vgl. Anwendung der GAF-Skala in § 4 Absatz 7 Satz 2):	
und das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann.		

Stand: 05.09.2017 (im nachfolgenden Leistungsverzeichnis: konsenterte Passagen grün;  
streitige Passagen rot)

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

Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzulegen.

## 7.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

### 7.6.1 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

#### Allgemeine Bewertung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1.	<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie</b>	Wir unterstützen eine Indikationsstellung, wie sie im Beispiel des Modellprojekts der AOK-Baden Württemberg (seit Anfang 2017) gelöst wurde:	<p>„(1) Es muss eine fachärztlich gesicherte Diagnose vorliegen. Relevant für die pflegerische Intervention ist die aus der diagnostizierten Erkrankung resultierende Gesundheitsstörung, die zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens geführt hat und fachpflegerisch behandelt werden kann.</p> <p>(2) Die pflegerisch psychiatrische Intervention orientiert sich an den tatsächlichen Bedarfen der Versicherten. Durch eine flexiblere Gestaltung der Leistungserbringung wird dem bei psychisch Erkrankten typischen Wechsel von stabilen und instabilen Phasen Rechnung getragen.</p> <p>(3) Eine stabile Phase besteht, wenn die Gesundheitsstörung entsprechend dem anerkannt medizinischen Wissensstand entsprechend der S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien der DGPPN nachbehandelt werden kann. In einer stabilen Phase ist eine Versorgung entsprechend der somatischen häuslichen Krankenpflege nach dem Rahmenvertrag nach § 132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ausreichend.</p> <p>(4) Eine instabile Phase (Krise) besteht, wenn eine erneut auftretende gesundheitliche oder soziale Problematik zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Aktivitäten führt.“</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Aus der Stellungnahme geht kein konkreter Vorschlag hervor, um einen Änderungsbedarf am Beschlussentwurf ableiten zu können.</p>	keine Änderung
		Änderung „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“	siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 24/25	Kein Änderungsbedarf	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		in „psychiatrische Krankenpflege im sozialen Lebensumfeld“ oder „ambulante psychiatrische Krankenpflege“	Der Begriff der Häuslichkeit sollte gestrichen, zumindest aber (wenn nicht gestrichen) definiert werden, so dass das immer wieder beschriebene Wirken im sozialen Umfeld mit gemeint ist und von allen verstanden wird.	Nach § 37 SGB V erfolgt die häusliche Krankenpflege in der Häuslichkeit oder an sonstig geeigneten Orten. Diese sonstig geeigneten Orte hat der G-BA in § 1 Abs. 2 der HKP-RL definiert. Die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes wird bereits in § 4 Abs. 2 (Neufassung) geregelt.	
2.	<b>BÄK</b>	Die Bundesärztekammer begrüßt die seit langem fällige Prüfung und Überarbeitung der Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und auch die pragmatische Entscheidung, den Sachverstand zu psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und psychischen Erkrankungen über Experteninterviews einzuholen. Grundsätzlich stimmt die Bundesärztekammer den meisten der im Konsens vorgebrachten Entscheidungen des Beschlusses zu.		Kenntnisnahme	
3.	<b>BAPP</b>	Die BAPP begrüßt ausdrücklich die im Diskurs hervortretenden Änderungsvorschläge. Insbesondere die erkennbare Würdigung des Lebensweltbezuges und die daraus resultierende, weiter gefasste Auslegung des Häuslichkeitsbegriffes, sowie die erkennbare Einbeziehung der im sozialen Handlungskontext bedeutsamen Bezugspersonen. Die Klarstellung der Verordnungszeiträume, sowie die ebenso klare prognosegebundene Verlängerung der pHKP Verordnung ist ein elementarer Schritt in Richtung einer Versorgungsrealität, die den tatsächlichen Bedarfen und auch Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen Rechnung trägt. Sehr gerne steht die BAPP auch für weiter fachliche Diskurse rund um die Richtlinien und die Versorgungserfordernisse psychisch erkrankter Menschen zur Verfügung.		Kenntnisnahme	
4.		Redaktionelle Änderungen „psychisch kranke Menschen“ (vgl. § 4 Absatz 2.1.1 ff). Dieser Terminus sollte auch schon aus ethischen Erwägungen in „psychisch <b>erkrankte</b> Menschen“ geändert werden. Diese Formulierung impliziert keine unabänderliche Stigmatisierung sondern eine positivistisch temporäre Erkrankung mit durchaus gegebenen Heilungsperspektiven		Vorschlag wird übernommen (§ 4 Absatz 3): „psychisch Kranken“ wird gestrichen	Änderung des BE

## Zu § 3 Absatz 3 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
5.	BAPP	<p>§ 3 (3)  <b>Dieser Passus sollte ersatzlos entfallen.</b></p>	<p>§ 3 (3)  <i>„Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen und ist dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bekannt, hat die Verordnung zu unterbleiben. ...“</i></p> <p>Hohe (Zulassungs-)Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste, die nicht selten komplexen Verstehens- und Aushandlungsprozesse im Interaktionshandeln, die Berücksichtigung der Anforderungen des evidence based nursing (EBN) und der Verpflichtung zur Integration von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (§ 135a Abs.1 SGB V), als auch die Stärkung von Patientenrechten, Autonomie und Eigenverantwortung (UN Behindertenrechtskonvention 2016) würden der Überantwortung an eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person fachlich konterkarieren.</p> <p>Insbesondere in Verbindung mit der Vorhaltung einer 24-stündigen Rufbereitschaft, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Bedingungen realistisch erfüllbar wären. Eine Streichung würde dazu beitragen Verwirrungen zu vermeiden, bei denen sich Angehörigen genötigt fühlen Tätigkeiten zu übernehmen, für die sie nicht qualifiziert sind.</p>	<p>§ 3 Absatz 3 der HKP-RL trägt den gesetzlichen Regelungen nach § 37 Absatz 3 SGB V Rechnung.</p> <p>Ferner soll § 3 Absatz 3 der HKP-RL nicht geändert werden (siehe BE) und war somit nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	

## Zu § 4 Absatz 2 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
6.	<b>BÄK</b>	<i>Zielstellung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:</i> Die Bundesärztekammer befürwortet den von KBV, DKG und Patientenvertretung gewählten Formulierungsvorschlag. Die Zielstellung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sollte individuell auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Patienten abgestimmt sein.		Kenntnisnahme Zustimmung zur Position KBV/DKG/PatV bzgl. Zielstellung in § 4 Abs. 2, welche übernommen wird	Anpassung BE
7.	<b>VDAB</b>	Der VDAB unterschützt den nachfolgenden Vorschlag der PatV/KBV/DKG: „(2) In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	Der Vorschlag der PatV/KBV/DKG arbeitet deutlich heraus, dass die psychiatrische HKP einen wichtigen Beitrag zur Besserung der Versicherten leisten kann. Dieser Formulierungsvorschlag ist daher zu begrüßen.	ebenda	
8.	<b>DRK</b>	Das DRK unterstützt die Sichtweise der KBV/DKV/PatV.	Durch die Formulierung „kann dazu beitragen“ sowie im „Rahmen seiner Möglichkeit“ rücken die Fähigkeiten und die Eigenmotivation der Betroffenen mehr in den Vordergrund.	ebenda	
9.	<b>ZWST</b>	Die ZWST schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an:	Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b>, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</p>	<p>werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und er/sie in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben</p>		
10.		<p>Die ZWST schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4, Absatz 2 (neu) an:          „(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) / <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbständig (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“</p>	<p>Hier werden von der G-KV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit einem hohen Grad an Selbständigkeit interpretieren.          Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ der PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, der deutlich auf die Wahrnehmung und Förderung der individuellen Ressourcen zielt, ist der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG aus Sicht der ZWST besser geeignet, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.</p>	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
11.	BPtK	<p>§ 4 Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ...</p> <p>PatV/KBV/DKG</p> <p>(2) In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege <b>dazu beizutragen</b>, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.</p>	<p>Die BPtK stimmt dem Formulierungsvorschlag zu § 4 (2) von PatV/KBV/DKG zu.</p> <p>In dieser Formulierung kommt zum einen deutlicher zum Ausdruck, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege (nur) ein Baustein neben anderen wie bspw. der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist bzw. sein kann. Zum anderen wird durch den Einschub „im Rahmen seiner Möglichkeiten“ klargestellt, dass der Grad der Selbstständigkeit, der durch die pHKP erreicht werden soll, immer unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten des Patienten und nicht losgelöst von diesen beurteilt werden muss.</p>	ebenda	
12.	DBfK	<p>Anlage 1, I) 2c), § 4 Abs. 2</p> <p>Der DBfK stimmt dem Vorschlag von PatV, KBV und DKG zu.</p>	<p>Die Formulierungen der genannten Parteien konkretisieren den Beitrag, den die psychiatrische häusliche Krankenpflege bei der Versorgung der Versicherten leisten kann. Aus Sicht des DBfK kann es hierbei nur um eine Tätigkeit innerhalb des in Abs. 5 genannten psychiatrischen Verbunds gehen. Der Behandlungserfolg und auch die Behandlungsfähigkeit stützen sich aus unserer Sicht auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, nicht allein auf die psychiatrische häusliche Krankenpflege Dieser Aspekt wird in der Formulierung des GKV-SV nicht deutlich genug.</p>	ebenda	
13.	Caritas	<p>Der Deutsche Caritasverband schließt sich dem Vorschlag der</p>	<p>Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch</p>	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an:</p> <p>„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b>, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</p>	<p>psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und er/sie in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben</p>		
14.		<p>Der Deutsche Caritasverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4, Absatz 2 (neu) an:</p> <p>„(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) / <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbständig (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“</p>	<p>Hier werden von der G-KV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits <b>unterschiedliche Sachverhalte</b> beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit dem Ziel der Selbständigkeit interpretieren.</p> <p>Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ der PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die <b>individuellen Möglichkeiten</b>, Selbständigkeit zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, der deutlich auf die Wahrnehmung und Förderung der individuellen Ressourcen zielt, ist der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes besser geeignet, um das ergänzende</p>	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.		
15.	Paritätischer Gesamtverband	§ 4 Absatz 2 Der Paritätische Gesamtverband schließt sich der Sichtweise der PatV/KBV/DKG an.		ebenda	
16.	bad e.V.	Bei dem nach § 4 Absatz 2 einzufügenden Absatz ist dem Formulierungsvorschlag von KBV/DKG/PatV zu folgen: <i>„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</i>	Der Formulierungsvorschlag trägt angemessen der Tatsache Rechnung, dass psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (im Folgenden „pHKP“ genannt) nur einer von vielen Bausteinen ist zur Erreichung des Ziels einer Ausschöpfung des Potentials an selbständiger Alltagsbewältigung. Der Hinweis auf das Anstreben von Verbesserungen „im Rahmen der Möglichkeiten“ des Versicherten stellt klar, dass der gesetzliche Anspruch nicht entfallen soll, wenn die Erreichung von Maximal-Zielvorstellungen fraglich sind. Der Formulierungsvorschlag des GKV-SV suggeriert dagegen nach diesseitigem Dafürhalten fälschlich, dass für die pHKP eine starre Zielvorgabe bestehe, die sich nicht an den individuellen Möglichkeiten des Versicherten orientiert. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass – je nach den Möglichkeiten des Versicherten und den Entwicklungsmöglichkeiten im Einzelfall - bereits der Erhalt bzw. der Ausbau von Ressourcen allein die pHKP rechtfertigt, unabhängig davon, ob diese im Ergebnis eine vollständige oder nur eine teilweise Selbständigkeit zur Folge haben.	ebenda	
17.	bpa e.V.	§ 4 Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (2) In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten	Es wird der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG unterstützt. Gestützt wird dies im Wesentlichen auf die Antwort zur Frage 11 der Stellungnahme zur Expertenbefragung. Aus der Beantwortung der Frage wie Therapieziele von pHKP aussehen können, wird deutlich, dass hochgradig	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.	subjektive Komponenten des Patienten über Erfolg oder Misserfolg der Zielsetzung mit entscheiden. Das widerspricht einer unbedingten Forderung nach Zielerreichung. Insoweit gibt der Vorschlag der PatV/KBV/DKG die realen Anforderungen erkennbar leistungsgerechter wieder.		
18.	Diakonie	Die Diakonie Deutschland schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b> , dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und sie/er in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.	ebenda	
19.		Die Diakonie Deutschland schließt sich dem Vorschlag der	Hier werden vom GKV-SV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV)/ <u>im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig</u> (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“	Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit einem hohen Grad an Selbständigkeit interpretieren. Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ von PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Dies halten wir für geeigneter. Wir gehen dabei davon aus, dass die Möglichkeiten nicht durch einen Rahmen begrenzt sind, sondern sehr weit zu gestalten sind, je nach individueller Situation des Patienten.		
20.	AWO	Der AWO Bundesverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b> , dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und er/sie in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben	ebenda	
21.		Der AWO Bundesverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4, Absatz 2	Hier werden von der G-KV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		(neu) an: „(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) / <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbständig (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“	sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit einem hohen Grad an Selbständigkeit interpretieren. Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ der PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, der deutlich auf die Wahrnehmung und Förderung der individuellen Ressourcen zielt, ist der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG aus Sicht des AWO Bundesverbandes besser geeignet, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.		
22.	BAPP	§ 4 (c) [§ 4 Abs. 2] <b>Die BAPP schließt sich der Formulierung der KBV / DKG / PatV an.</b> <i>„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</i>	Die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist stets Bestandteil eines Behandlungskonzeptes mit Komplexleistungen verschiedener Professionen. Die krankheitsbedingten Einschränkungen der psychisch erkrankten Menschen erfahren in der GKV – SV Version zu geringe Gewichtung. Zeitgleich wird der Behandlungserfolg zu sehr alleinig auf die Leistungen pHKP fokussiert und nicht auf die realen Gegebenheiten bei psychiatrischen Erkrankungen. Sollte hier an der GKV – SV Formulierung festgehalten werden, so wäre – aufgrund der umfassenden Verantwortung der pHKP – die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung grundsätzlich in Frage zu stellen.	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
22a	Dach- verband Gemeinde- psychiatrie	befürwortet Formulierungs- vorschlag von PatV/KBV/DKG  Änderungsvorschlag zu Satz 2: „(...) Die psychiatrische Krankenpflege wird als Leistung in der Häuslichkeit und im sozialen Umfeld eines Versicherten erbracht. Dabei ist das soziale Umfeld einzubeziehen <sup>zu</sup> berücksichtigen.“	siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 23  Ein aktiver Einbezug des sozialen Umfelds trägt maßgeblich zur Genesung bei.  Die Isolation in der Häuslichkeit ist häufig das größte Problem von Menschen mit psychischen Erkrankungen. s. auch §4(5)	ebenda keine Änderung, da § 4 Absatz 2 die Ziele regelt und die vom Stellungnehmer adressierte Einbeziehung § 4 Absatz 5 zugeordnet ist	keine Änderung

#### Zu § 4 Absatz 4 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
23.	Dach- verband Gemeinde- psychiatrie	(4) Die im Entwurf geschaffene Möglichkeit, der Verordnung von APP über 14 Tage hinaus begrüßen wir.	Sowohl für die Versicherten als auch für die Pflegedienste entsteht damit ein Maß an Sicherheit, das für die, bei der Leistungserbringung notwendige, Vertrauensbildung erforderlich ist.	Kenntnisnahme der Zustimmung zum Verordnungszeitraum in § 4 Abs. 4.  Allerdings wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei teilweise um eine Klarstellung handelt (siehe Tragende Gründe unter 2.1.2, Punkt 1.).	
24.	VDAB	Änderung im Fließtext der HKP- RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege, S. 2, § 4 Abs. 4	Einen Zeitraum von 14 Tagen bzw. zweimal 14 Tagen halten wir für die Erarbeitung einer Compliance beim Patienten für deutlich zu kurz.	Zur Ablehnung des Verord- nungszeitraums in § 4 Absatz 4:	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				<p>§ 4 Absatz 4 verweist auf den Absatz 3. Dabei wird als eine Voraussetzung zur Verordnung der pHKP ausreichende Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau der Versicherten genannt. In Fällen, in denen diese nicht eingeschätzt werden kann, ist die Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. Dabei geht es nicht um die Erarbeitung der Compliance, sondern, ob in einem ersten Schritt Pflegeakzeptanz überhaupt erreicht werden kann.</p>	
25.	ZWST	<p>§ 4, Absatz 4 (neu): Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tage – so der verordnende Arzt / die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch</p>		siehe Nummer 23	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>an vorhandene Bedarfslagen angepasst.</p> <p>Auch die in Satz 4 genannte Möglichkeit für eine Folgeverordnung ist aus Sicht der ZWST positiv zu bewerten.</p>			
26.	Caritas	<p>§ 4, Absatz 4 (neu): Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tagen – so der verordnende Arzt / die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst.</p> <p>Auch die in Satz 4 genannte Möglichkeit für eine Folgeverordnung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands positiv zu bewerten.</p>		ebenda	
27.	bad e.V.	Der neue Absatz 4 ist am Ende um den im folgenden	Der Ergänzungsvorschlag trägt der Tatsache Rechnung, dass die erforderliche Einschätzung sich ändern kann (z.B. aufgrund neuer Erkenntnisse, einer	Zum Vorschlag zu § 4 Absatz 4 Satz 4 (Folge-VO):	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>unterstrichenen Halbsatz zu ergänzen:</p> <p><i>„...Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich, bis der letztendlich verordnende Arzt zu einer abweichenden Einschätzung kommt.“</i></p>	<p>Änderung im Krankheitsverlauf, Erfolgen anderer Therapieansätze etc.). Gleichzeitig stellt der Vorschlag klar, dass im Falle einer geänderten Einschätzung die ursprüngliche Beurteilung der Ausstellung einer Folgeverordnung nicht entgegensteht.</p> <p>Der Ergänzungsvorschlag stärkt ebenfalls die Patientenrechte, wenn diese mit der Einschätzung des ursprünglich behandelnden Arztes nicht einverstanden sind und sich eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen wollen. Kommt ein solcher zu einer anderen Einschätzung, stellt der Ergänzungsvorschlag klar, dass es dem Versicherten freisteht, sich von diesem eine Folgeverordnung ausstellen zu lassen, unabhängig davon, ob der ihn zuvor behandelnde Arzt der Zweitmeinung zustimmt oder nicht.</p>	<p>Die geschilderte Fallkonstellation ist unwahrscheinlich, da die Pflegeakzeptanz als vorausgesetzt betrachtet werden kann. Die Möglichkeit zum Arztwechsel besteht auch unabhängig von dieser Regelung.</p>	
28.	bpa e.V.	<p>§ 4 Abs. 4 Satz 1</p> <p>Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der erstmaligen Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt eingeschätzt werden, kann die psychiatrische</p>	<p>Die Flexibilisierung der 14-Tage-Frist wird grundsätzlich begrüßt, allerdings ist sie weiterhin nicht ausreichend. Unter Verweis auf die Stellungnahme der Experten wäre eine Ausdehnung der Verordnungsfrist auf mindestens vier Wochen sachgerecht. Die Notwendigkeit einer Verlängerung des Verordnungszeitraums ergibt sich aus den Antworten zu Frage 14 („Ist der Zeitraum der ersten Verordnung von 14 Tagen nach § 4 Absatz 3 der HKP-Richtlinie zur</p>	<p>Kenntnisnahme der grundsätzlichen Zustimmung zum flexibilisierten Verordnungszeitraum in § 4 Absatz 4</p> <p>Zur weiteren Ausdehnung der Verordnungsdauer auf mindestens vier Wochen: Im Ergebnis besteht mit der Regelung nach § 4 Absatz 4</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen verordnet werden.	Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau immer ausreichend?), aus denen nachzuvollziehen ist, dass die Begrenzung der Erstverordnung auf 14 Tage regelhaft zu kurz bemessen ist und eine Erstreckung auf vier Wochen erforderlich ist, um den Behandlungserfolg besser erfassen, evaluieren und sichern zu können.	die Möglichkeit, dass die Erstverordnung von pHKP ohne grundsätzliche Einschränkung auf 14 Tage verordnet werden kann, wenn die ausreichende Behandlungsfähigkeit gegeben ist. Ist dies nicht der Fall, wird die Erstverordnung zunächst für 14 Tage ausgestellt. In dieser Zeit kann sich der Arzt von der Sinnhaftigkeit der verordneten Maßnahme überzeugen. Ist die ausreichende Behandlungsfähigkeit nach 14 Tagen nicht abschließend möglich, können weitere 14 Tage pHKP verordnet werden. Damit wären die vom Stellungnehmer vorgeschlagenen 28 Tage (entspricht 4 Wochen) möglich. Diese Regelung ermöglicht bedarfsgerechte Verordnungszeiträume.	
29.		Satz 3/4 Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. Ist in dem	Die Ausführungen der Experten zu Frage 14 (siehe oben) belegen, dass grundsätzlich eine Verordnungsfrist von 14 Tagen aufgrund der Besonderheiten der pHKP regelhaft für zu kurz erachtet wird. Insofern sollte prinzipiell eine Erweiterung des Verordnungszeitraums über 14 Tage hinaus festgeschrieben werden, statt durch zu schmale Zeitintervalle eine praxisferne Regelung beizubehalten. Insbesondere erfordert der hierdurch notwendige erneute Arztbesuch des Patienten oftmals ein hohes	Kenntnisnahme der Ablehnung einer Beschränkung der Folgeverordnung. Zur weiteren Ausdehnung der Verordnungsdauer: Nach 28 Tagen scheint eine Einschätzung der Pflegeakzeptanz generell möglich. Abgesehen von der	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden.	Maß an Compliance vom Patienten, diese wiederum ist aber oftmals Gegenstand der pHKP.	Zeitdauer (14 Tage) ist diese Regelung auch bisher in der Richtlinie enthalten.	
30.		Satz 5 Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich.	Diese Regelung ist wegen der offensichtlichen Beschränkung der Folgeverordnung abzulehnen. Auf die besonderen Schwierigkeiten von Therapieansatz und Behandlungsumfang wegen der Komplexität der Krankheitsverläufe haben die Experten hingewiesen (siehe oben). Insbesondere bei den knappen Verordnungszeiträumen von Erstverordnung und nachfolgender Folgeverordnung (bei nicht abschließender Einschätzungsmöglichkeit) ist eine Versagung einer „erneuten“ Folgeverordnung nicht sachgerecht. Damit wird stets eine Verordnung auch künftiger Fähigkeitsstörungen verhindert.	ebenda	keine Änderung
31.	Diakonie	§ 4 Absatz 4: Es ist zu begrüßen, dass mit dem ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tage – so der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht		siehe Nummern 28 und 29	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst.</p> <p>Eine Befristung der Folgeverordnung, auch in der hier vorgenommenen Abstufung, ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll und unbegründet. Psychiatrische Krankheitsverläufe sind höchst unterschiedlich. Wir schlagen deshalb vor, Satz 4 offener zu formulieren.</p>	<p>„Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, <b>können weitere kann eine Folgeverordnungen für jeweils</b> weitere 14 Tage <b>oder länger</b> ausgestellt werden.“</p>		
32.	AWO	<p>§ 4, Absatz 4 (neu): Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tage –so der verordnende Arzt / die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst.</p> <p>Auch die in Satz 4 genannte Möglichkeit für eine</p>		Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 4	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Folgeverordnung ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes positiv zu bewerten.			

#### Zu § 4 Absatz 5 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
33.	<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie</b>	<p>§ 4 Abs. 5  <u>Änderungsvorschlag:</u>          „Im Rahmen der <u>ambulanten</u> psychiatrischen <del>häuslichen</del> Krankenpflege kann die Anleitung <u>des sozialen Umfelds der Angehörigen</u> oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.          Zudem <u>muss</u> die Pflege <u>verbindlich</u> in ein <u>gemeindepsychiatrisches Verbundsystem eingebunden sein</u>.“</p>	<p>siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 23/24</p> <p>Das relevante soziale Bezugssystem umfasst mehr als die Angehörigen.</p> <p>Dadurch kann gewährleistet werden, dass die Hilfen passgenau erbracht werden und keine Mehrfacherbringung entsteht. Zudem wird für eine eventuell notwendige Weiterbegleitung der passende Anbieter gefunden und eine Brücke dahin gebaut.</p>	<p>§ 4 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:  <i>„Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die relevanten Bezugspersonen der oder des Versicherten einzubeziehen und im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung anzuleiten, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.“</i></p> <p>§ 4 Abs. 5 Satz 2 wird wie folgt geändert:  <i>„Zudem soll die Pflege in den (gemeinde-)psychiatrischen Verbund oder anderer vernetzter Behandlungsstrukturen eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.“</i></p>	Änderung des BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
34.	DRK	Die Neuaufnahme des Absatzes wird befürwortet.	Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und Angehörigen wird die dialogische Grundhaltung mit einbezogen (UN Behindertenkonvention). Damit wird auch die Begegnung auf Augenhöhe von Krankheits-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen möglich. Diese Haltung fördert gegenseitiges Verstehen und Respektieren als grundlegende Haltung.	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Abs. 5	keine Änderung
35.	DBfK	Anlage 1, I) 2g), § 4 Abs. 5 Änderungsvorschlag: Der DBfK schlägt vor folgenden Satz nach Satz 1 einzufügen: „Eine Anleitung von Angehörigen kann auch ohne Anwesenheit des Versicherten erfolgen, wenn dadurch eine weitere positive Beeinflussung des Behandlungsverlaufs ermöglicht wird.“	Wir bitten um eine Konkretisierung hinsichtlich der Anleitung von Angehörigen. Vor allem in der psychiatrischen Hauskrankenpflege sehen wir einen Leitungsbedarf auch ohne den direkten Kontakt zum Versicherten, bspw. in der Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen. Es handelt sich hierbei häufig nicht um eine Anleitung zu Übernahmen oder Unterstützungen in körperbezogenen Pflegetätigkeiten sondern auch um eine Anleitung zur Kommunikation und zum Umgang mit dem Versicherten. Aus Sicht des DBfK bedarf es hier auch der Möglichkeit einer Refinanzierung der erbrachten Leistungen.	siehe Nummer 39	
36.	Paritätischer Gesamtverband	§ 4 Absatz 5 Die Konkretisierung in Satz 2 wird befürwortet.		Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Abs. 5 Satz 2	
37.	bpa e.V.	(5) Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zudem soll die Pflege in den psychiatrischen Verbund eingebunden, das	Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Abs. 5	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.			
38.	Diakonie	<p>§ 4 Absatz 5 (neu): Der neue Absatz 5 eröffnet die Möglichkeit, das soziale Umfeld der/des Versicherten und ihre/seine Angehörigen einzubeziehen. Nach Absatz 5 Satz 1 kann die Anleitung der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung Gegenstand der Leistungserbringung sein.</p> <p>Dies wird von der Diakonie Deutschland ausdrücklich begrüßt.</p>		Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Abs. 5	
39.	BAPP	<p>§ 4 (g)  <b>Hier ist zwingend zu beachten, dass die Kassen zu Vertragsänderungen angehalten / verpflichtet werden. Dieses ist durch den G-BA zu initiieren.</b></p> <p>Die Anleitung der Angehörigen sowie die Einbindung in den psychiatrischen Verbund stellen Leistungen dar, die nicht unmittelbar am Patienten erbracht werden. Bisher werden aber nur direkte Leistungen finanziert („face-to-face“).</p>	<p>§4 (g) „Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zudem soll die Pflege in den psychiatrischen Verbund eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.“</p> <p>Diese Formulierung implementiert eine Leistung, die auch patientenfern erbracht werden kann was wir aus fachlicher Sicht ausdrücklich begrüßen. Diese Leistung sollte sich auch im Leistungsverzeichnis Nr. 27a ausdrücklich aufgeführt werden.</p>	<p>Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Abs. 5</p> <p>Zum Hinweis bzgl. Vertragsänderungen Kassen und patientenferne Leistungen: Anpassung der Formulierung (siehe Nr. 33) zur Klarstellung, dass keine patientenferne Leistung vorgesehen ist.</p> <p>Der Einbezug von relevanten Bezugspersonen erfolgt im Rahmen der für die Versicherten erbrachten Leistungen.</p> <p>Anspruchsberechtigt ist die oder der Versicherte, nicht</p>	Änderung des BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				aber die relevanten Bezugspersonen.	

#### Zu § 4 Absatz 6 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
40.	BÄK	<i>Verordnungsberechtigte Ärzte:</i> Die Bundesärztekammer begrüßt die Anpassungen der Facharztbezeichnungen an die Musterweiterbildungsordnung. Allerdings sollte die Verordnung von pHKP auch in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) durch einen Facharzt/eine Fachärztin (Facharztstatus) erfolgen.		Kenntnisnahme	
41.	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Abs. 6 Satz 3 (6.3) Die Möglichkeit einer Verordnung von Ambulanter Psychiatrischer Pflege durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gilt es aus unserer Sicht zu stärken.  Satz 5: <del>„Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. Eine Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz</del>	Gerade durch die Institutsambulanzen wird die Verbindung zwischen Klinik und häuslichem Bereich hergestellt. In der Richtlinie sollte die gelebte Praxis – zumindest in einigen Regionen Deutschlands – dass PIA Ambulante psychiatrische Pflege verordnen dürfen, solange keine weiteren als ärztliche Leistungen in der PIA in Anspruch genommen werden, aufgenommen und so in eine rechtssichere Form gebracht werden. Gerade in den PIA werden die besonders schwer erkrankten Menschen versorgt, dies aber nur selten in aufsuchender Form.  siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 24  Die Möglichkeit der Verordnung durch Hausärzt*innen gilt es zu stärken. Viele Patient*innen, insbesondere auch im ländlichen Raum, sind sonst nicht zu versorgen.	Kenntnisnahme  Viele psychische Erkrankungen haben einen phasischen Verlauf oder sind durch Episoden gekennzeichnet, sodass bei einer Verordnung von pHKP durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt zur Sicherstellung	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		<p><u>1 genannten Fachgebiete muss in den zurückliegenden 12 Monaten erfolgt sein.</u></p> <p>Satz 6:  <del>Der Gesamtverordnungszeitraum kann bei gesicherter Diagnose durch diese Ärzte 6 Wochen überschreiten.</del></p>		<p>der Versorgungsqualität/ -kontinuität die fachärztlich festgestellte Diagnose nicht älter als vier Monate sein darf.</p> <p>Streichung Satz 6 unverständlich, da diese Formulierung nicht im BE enthalten ist. Vielmehr wie folgt formuliert: „<i>Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten</i>“</p> <p>Durch das Wort „sollte“ wird sichergestellt, dass eine Verordnung durch Hausärzte und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie für eine längere Dauer als 6 Wochen nicht ausgeschlossen ist (siehe Nr. 42).</p> <p>Eine regelhafte Ausstellung der Verordnung durch den Hausarzt oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie soll so vermieden werden, da dies bei den vorliegenden Krankheitsbildern und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) keiner</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				fachgerechten Versorgung entsprechen würde.	
42.	VDAB	Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege Streichung des Satzes - S. 3 [gemeint ist Satz 4], § 4 Abs. 6: „Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. Der Gesamtverordnungzeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten.“	Gerade bei psychischen Krankheiten ist ein Zeitraum von sechs Wochen relativ kurz. Allein die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz kann schon diesen Zeitraum beanspruchen. Um einen nachhaltigen Therapieerfolg zu erzielen, sollte die Frist von sechs Wochen auf 12 Wochen ausgeweitet werden.	Die Regelung soll die Möglichkeit des leichteren Zugangs von Patientinnen und Patienten zur pHKP sicherstellen. Daher wurde der Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie als versorgungsberechtigter Arzt neu aufgenommen. Allerdings kann eine entsprechende Behandlung des hier in Rede stehenden Personenkreises dauerhaft nicht durch Hausärzte bzw. Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Hier ist eine fachärztliche Behandlung erforderlich Um dennoch dem Einzelfall Rechnung zu tragen, wurde in den Tragenden Gründen klargestellt, dass durch das Wort „sollte“ sichergestellt wird, dass Hausärzte und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie länger als 6 Wochen verordnen dürfen.	keine Änderung
43.	DRK	Die Veränderung wird befürwortet.	Die Erweiterung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, welche eine Verordnung ausstellen dürfen, gibt den Versicherten eine größere Chance	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 6	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>zeitnah fachärztlich anzubinden und eine psychische Stabilisierung professionell und fachgerecht zu unterstützen.</p> <p>Die Erhöhung der Gesamtverordnungsdauer von 2 auf 6 Wochen entspricht mehr den gegebenen Notwendigkeiten. Eine Anbindung/Terminvereinbarung an einen Facharzt dauert durchschnittlich 2-3 Monate, so dass die Verlängerung eines Verordnungszeitraumes zu einer psychischen Stabilisierung des Betroffenen und einer kontinuierlichen ambulanten Unterstützung beiträgt.</p> <p>Durch die langen Wartezeiten bei Fachärzten haben mehr Versicherte durch die Erweiterung von Arztgruppen, die auch eine Verordnung für die psychiatrische Krankenpflege ausstellen können, die Möglichkeit/Chance eine zeitnahe ambulante Versorgung zu erhalten.</p>	KBV: Die langen Wartezeiten sind so nicht zutreffend.	
44.	ZWST	<p>§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V.</p> <p>Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.</p>	In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 6 Satz 3	
45.	DBfK	<p>Anlage 1, I) 2h), § 4 Abs. 6</p> <p>Der DBfK möchte an dieser Stelle explizit darauf hinweisen, dass die Einfügung „Der</p>	Die fachärztliche Versorgungslage ist vor allem in den ländlichen Gebieten nicht ausreichend. Unter dem Aspekt neue Diagnosestellungen in die Verordnungsfähigkeit aufzunehmen (was der DBfK	siehe Nummer 42	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte [Anm.: gemeint sind die Hausärzte] sollte 6 Wochen nicht überschreiten“ nicht mit Restriktionen einhergehen darf, sollte dies doch der Fall sein.	explizit befürwortet), wird die Versorgungslage weiter verschärfen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt nehmen einige psychiatrische Institutsambulanzen keinen neuen Klienten mehr auf und Fachärzte haben keinerlei Kapazitäten mehr. Eine Verordnungsfähigkeit muss aus unserer Sicht daher weiterhin ohne eine zeitliche Begrenzung auch durch den Hausarzt möglich sein oder eine Restriktion durch den Kostenträger bei einer längeren Verordnungsdauer für alle an der Versorgung Beteiligten ausgeschlossen werden.		
46.	Caritas	§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.	In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 6 Satz 3	
47.	Paritätischer Gesamtverband	§ 4 Absatz 6 Die Veränderung wird befürwortet.		Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 6	
48.	bpa e.V.	Abs. 6 Satz 4 Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen.	Diese Regelung sehen wir sehr kritisch und lehnen diese ab. Die Reduzierung der Verordnungskompetenz der Hausärzte und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie führt vor allem in ländlichen Regionen zu Behandlungsengpässen, denn eine Facharztanbindung herzustellen ist aus Gründen wie Verfügbarkeit und Vertrauensbildung des Patienten in der Praxis nicht nur schwer, sondern faktisch kaum	siehe Nummer 42	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		<p>Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten.</p>	<p>möglich. Insbesondere werden schon bestehende Strukturen deutlich geschwächt.</p> <p>Die Antwort der Experten zu Frage 12 („Wie lange sind im Durchschnitt Leistungen der pHKP erforderlich, um die Therapieziele zu erreichen?“) lässt erkennen, wie schwer es ist, den durchschnittlichen Behandlungszeitraum zu prognostizieren, so dass eine Begrenzung des Gesamtverordnungszeitraums wegen der Komplexität und Diversität der Krankheitsverläufe im psychiatrischen Bereich kaum Sinn macht.</p> <p>Das SG Düsseldorf hat zudem in seiner Entscheidung vom 19.09.2005 (Az.: S 8 KR 225/05 ER) zur Verordnungsdauer für die pHKP ausdrücklich klargestellt, dass die Richtlinien des G-BA zwar eine Höchstdauer für die Verordnung festlegen. Diese gelte allerdings nur für den Regelfall. Von der Höchstdauer könne in begründeten Fällen abgewichen werden. Dies müsste auch hier in der Richtlinie zumindest deutlich zum Ausdruck kommen, sofern an der Höchstdauer für den Regelfall überhaupt festgehalten werden soll.</p> <p>Im Übrigen hat das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Rechtsprechung zur Reichweite der Regelungsbefugnis des G-BA im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz klargestellt, dass der G-BA zur Konkretisierung nur insoweit befugt ist, als es um die Bestimmung der verordnungsfähigen Arten und der Häufigkeit (Frequenz) von Pflegemaßnahmen geht, weil damit zugleich die "Leistungsverpflichtung der Ärzte" hinsichtlich der Verordnung häuslicher Krankenpflege definiert wird (B 6 KA 69/04 R). Dies schließt nicht die Regelungsermächtigung hinsichtlich der Bestimmung der Dauer der verordneten Pflegemaßnahme mit ein. Diese Aufgabe obliegt im Rahmen seiner Therapiehoheit alleine dem behandelnden Arzt, nicht aber dem G-BA.</p>	<p>Kenntnisnahme des Hinweises auf das SG-Urteil</p> <p>Die Therapiehoheit des behandelnden Arztes wird durch die Formulierung „sollte“ nicht in unzulässiger Weise eingeschränkt.</p> <p>Der Zeitraum soll als bundesweite Orientierung dienen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
49.	Diakonie	§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V. Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.	In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen – sofern diese in der jeweiligen Region vorhanden ist - oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch die Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 6 Satz 3	
50.	AWO	§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V. Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.	In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.	Kenntnisnahme der Zustimmung zu § 4 Absatz 6 Satz 3	
51.	BAPP	§ 4 (h) „... Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. ...“ <b>Die Einschränkung „ ...nicht älter als 4 Monate...“ sollte ersatzlos entfallen.</b>	Diese Forderung setzt voraus, dass der betreffende psychisch erkrankte Mensch innerhalb der letzten 4 Monate bei einem Facharzt (ambulant oder stationär) vorstellig gewesen ist, bevor es zur aktuellen Behandlungsbedürftigkeit gekommen ist. Die pHKP sollte als Sicherung der ärztlichen Behandlung auch in der Ermöglichung einer fachärztlichen Behandlung interpretiert werden. D. h. durch pHKP Leistungen können psychisch erkrankte Menschen ggf. erst zur ärztlichen Konsultation motiviert werden. Dies hätte	Zur Ablehnung der Begrenzung auf 4 Monate in § 4 Absatz 6 Satz 5: Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität darf die Diagnose nicht älter als vier Monate sein. Diese Regelung hat einen qualitätssichernden Aspekt (s. auch Ziffer 41 und 42).	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>zudem noch präventiven Charakter und vermeidet unnötige Exazerbationen und Krankenhausbehandlungen.</p> <p>Eine solche Haltung wäre zudem diskriminierend und entspricht in keiner Weise der Versorgungsrealität. Wäre dieser Mensch in einer solch engmaschigen, fachärztlichen Behandlung, so wäre eine fachärztliche Verordnung ohne Frage möglich. Hier werden schwer erkrankte Menschen, die es nicht zu einem Facharzt schaffen bewusst ausgegrenzt und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bewusst unterlaufen.</p>		

#### Zu § 4 Absatz 7 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
52.	BÄK	<p><i>Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten mittels GAF-Skala:</i></p> <p>Soweit die Vorgabe von Diagnosen generell als sinnvoll erachtet wird (s.u. zu „Änderung der Diagnoseliste“), schließt sich die Bundesärztekammer dem Vorgehen von KBV und Patientenvertretung an, den GAF-Score nur bei den neu hinzuzufügenden Diagnosen zu verwenden, die nicht per se eine psychiatrische häusliche Krankenpflege rechtfertigen, um unnötige Arbeits- und Bürokratieaufwände für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte zu vermeiden.</p>		<p>Siehe Nr. 56</p> <p>PHKP kann bei bestimmten Diagnosen verordnet werden, wenn aus ihnen eine so hohe Einschränkung der Fähigkeitsstörungen resultiert, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig geführt werden kann. Die Anwendung der GAF-Skala ist zur besseren Operationalisierung dieser Fähigkeitsstörung notwendig. Das gilt sowohl im Hinblick auf die bereits im Leistungsverzeichnis aufgeführten als auch für die neu hinzugefügten</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				Diagnosen, da es fachlich keine Begründung für eine unterschiedliche Handhabung gibt. Außerdem würde ein unterschiedliche Operationalisierung der Fähigkeitsstörungen – je nach Diagnose mit oder ohne GAF-Wert – den Verordnungsprozess für den Arzt unnötig verkomplizieren.	
53.	VDAB	Die Heranziehung der GAF-Skala, wie vom GKV-SV und DKG vorgeschlagen, wird abgelehnt.	Die Heranziehung der GAF-Skala kann allenfalls ein Indiz und nicht alleinige Grundlage einer Beurteilung sein. Im Übrigen verweisen wir auf die zutreffenden Anmerkungen der PATV/KBV auf S. 5 der tragenden Gründe zum Beschlussentwurf hin und schließen uns diesen an.	Siehe Nr. 56	
54.	DRK	Die Anwendung der GAF Skala wird grundsätzlich begrüßt. Da jedoch bislang wenig Praxiserfahrungen in der Anwendung vorliegen, sollte für die Neuanwendung eine Probezeit vereinbart werden, nach der die Erfahrungen evaluiert werden.	Die GAF Skala ermöglicht eine differenziertere Einschätzung der krankheitsbedingten individuellen Handlungs- und Funktionsfähigkeit von Versicherten, die mit der ICD Codierung nicht abgebildet werden kann. Mit dem Einsatz dieses Screening Instrumentes wird eine zusätzliche Hilfestellung für die Ziele und Maßnahmenplanung eingeführt. Außerdem kann der individualisierte Hilfebedarf, wie auch seine Schwankungen, präziser erfasst und abgebildet werden. Das Instrument wird derzeit nicht oder nur wenig insbesondere von Ärzten in der Praxis angewandt. Daher ist bislang unklar, ob es auf alle Diagnosen angemessen angewandt werden kann. Eine Evaluation wird daher empfohlen.	Kenntnisnahme. Die Reliabilität/Validität und Interraterreliabilität sind ausreichend evaluiert. Die GAF-Skala ist als Basisinstrument in der psychiatrischen Versorgung etabliert. Siehe Nr. 56	
55.	ZWST	§ 4 Absatz 7, Satz 2 (neu):	Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden	siehe Nummern 52 und 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird von der ZWST abgelehnt.	<p>Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird.</p> <p>Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet; „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“.</p> <p>Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird.</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die KBV/PatV ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamteinschätzung durch den Facharzt / die Fachärztin richten.</p>		
56.	BPtK	<p>§ 4 ... (7) ... GKV-SV/DKG</p> <p>Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten soll die GAF-Skala herangezogen werden. Orientierungswert ist 40 (höchstens ≤ 50).</p>	Die BPtK stimmt dem Vorschlag von GKV-SV und DKG zu, die Einschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung mittels der GAF-Skala <u>grundsätzlich</u> als zusätzliches Kriterium neben der Diagnose und der Gesamteinschätzung durch den Facharzt für die Verordnung von pHKP hinzuziehen. Entscheidend für eine Indikation zur pHKP ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen bzw. der Funktionseinschränkungen aufgrund einer psychischen Erkrankung.	siehe auch Nummer 52 Vorschlag wird gefolgt; GAF-Skala wird zur Anwendung vorgesehen und ähnlich der ST-RL wird eine „Öffnungsklausel“ für alle weiteren F-Diagnosen wie folgt geregelt:	Änderung des BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>Der Grad der Beeinträchtigung sollte deshalb im Vordergrund der Indikationsstellung stehen.</p> <p>Aus diesem Grund plädiert die BpTK gleichzeitig dafür, dass die pHKP bei allen psychischen Erkrankungen verordnet werden kann bzw. keine Diagnosen des Kapitels V der ICD-10 grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit auszuschließen. Schwere Funktionseinschränkungen können in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Komorbiditäten oder psychosozialen Belastungsfaktoren bei jeder psychischen Erkrankung auftreten und eine Verordnung von pHKP begründen. Es ist daher sinnvoll, nicht die Diagnose als maßgebliches Kriterium für die Indikationsstellung zur psychiatrischen Krankenpflege zu definieren, sondern hierbei analog zur Soziotherapie-Richtlinie insbesondere das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivitäten zu berücksichtigen. Beide Leistungen – Soziotherapie und pHKP – richten sich im Wesentlichen an die gleiche Patientengruppe: Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung schwer beeinträchtigt sind. Deshalb erscheint es sinnvoll, beide Richtlinien in Bezug auf die Indikationskriterien aneinander anzugleichen.</p> <p>Falls der G-BA den Vorschlag nicht aufgreifen sollte, dass pHKP grundsätzlich bei allen psychischen Diagnosen ordnungsfähig ist, wenn ein bestimmter Schweregrad der Beeinträchtigungen in den Aktivitäten vorliegt, spricht sich die BpTK dafür aus, analog zur Soziotherapie-Richtlinie zwischen „Regelindikationen“ und „begründeten Einzelfällen“ zu unterscheiden, in denen pHKP verordnet werden kann. Dabei könnte eine Verordnung als Regelleistung bei den psychischen Erkrankungen vorgesehen werden, die regelhaft zu starken Beeinträchtigungen führen (insbesondere bei demenziellen Erkrankungen, schizophrenen</p>	<p>Als neue Absätze 9 und 10 werden in § 4 eingefügt:</p> <p><i>„(9) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind im Rahmen der Regelindikation nur ordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses genannten Diagnosen. Dabei gilt bei den in der Bemerkungsspalte genannten Diagnosen (Regelindikation) ein Orientierungswert im Rahmen der GAF-Skala von 40 (höchstens ≤ 50). Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>(10) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege können für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht in der Bemerkungsspalte unter Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses genannt sind, in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn folgende Voraussetzungen aus der Verordnung hervorgehen:</i></p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>Erkrankungen und affektiven Erkrankungen mit psychotischen Symptomen) und zugleich eine Schwere der Beeinträchtigung mit einem GAF-Wert von <math>\leq 50</math> vorliegt. Bei allen anderen psychischen Erkrankungen sollte pHKP zumindest als „begründeter Einzelfall“ verordnungsfähig sein, wenn eine besonders schwere Beeinträchtigung vorliegt (insbesondere GAF-Wert <math>\leq 40</math> sowie weitere Kriterien).</p> <p>Die grundsätzliche Anwendung der GAF-Skala scheint auch sinnvoll, um die Verordnungspraxis hinsichtlich der für die Verordnung zu beachtenden Punkte möglichst zu vereinheitlichen und damit die konkrete Umsetzung in der Versorgungspraxis zu erleichtern. Ein Herausgreifen einzelner Diagnosen, bei denen die GAF-Skala zusätzlich einzusetzen ist, würde die Verordnung unübersichtlich und unnötig kompliziert machen.</p>	<p>- <i>Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) liegen in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann, bei einem GAF-Wert von <math>\leq 40</math>, und</i></p> <p>- <i>die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in § 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen und die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreichen zu können.“</i></p> <p>Im Hinblick auf das Erfordernis einer Diagnoseliste: Der G-BA hat zur Beschaffung der notwendigen Evidenz eine Expertenanhörung durchgeführt. Aus der Expertenbefragung hat sich ergeben, dass sich ein Katalog als Instrument für die Verordnung bewährt habe. Dementsprechend wird eine gezielte differential-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				<p>diagnostische Indikationsstellung von allen Experten befürwortet. Die Diagnoseliste wird daher beibehalten. Bei anderen als den im Leistungsverzeichnis genannten Diagnosen liegt teilweise eine Kontraindikation für die Verordnung von pHKP vor. Da die pHKP im Einzelfall bei besonders schweren Fällen auch bei anderen als den genannten F-Diagnosen notwendig sein kann, wurde eine Öffnungsklausel für den Einzelfall geschaffen.</p>	
57.	Caritas	<p>§ 4 Absatz 7, Satz 2 (neu): Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird vom Deutschen Caritasverband abgelehnt.</p>	<p>Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird.</p> <p>Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet; „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“.</p>	siehe Nummern 52 und 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend r Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird.</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die KBV/PatV ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamteinschätzung durch den Facharzt / die Fachärztin richten.</p>		
58.	Paritätischer Gesamtverband	<p>§ 4 Absatz 7 Der Paritätische Gesamtverband schließt sich dem Vorschlag der PatV und KBV an.</p>		siehe Nummern 52 und 56	
59.	bad e.V.	<p>Der neue Absatz 7 sollte die Unterpunkte cc) und dd), die von GKV-SV/DKG vorgeschlagen werden, nicht mit umfassen.</p>	<p>Die Richtlinie sieht bislang - zu Recht - eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala nicht vor, sondern die Funktionseinschränkungen, die vom verordnenden Arzt zu diagnostizieren sind, sind am Ende der Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses aufgeführt.</p> <p>Eine Heranziehung der GAF-Skala kann zwar im Einzelfall zielführend sein, soweit keine Einschränkungen bei den Diagnosen vorgenommen würden, weil dann das Ausmaß der Fähigkeitsstörung in den Vordergrund der Indikationsstellung rücken würde. Sollte es jedoch keine oder kaum Veränderungen im Diagnosekatalog geben und nun die GAF-Skala, ergänzend zur Beschreibung der Beeinträchtigung nach § 27a, als zusätzliches drittes Kriterium bei der Indikationsstellung heranzuziehen sein, drohen in der Praxis neue Einschränkungen für die Verordnungsfähigkeit der pHKP.</p>	siehe Nummern 52 und 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			Für die bisher schon in Nr. 27a enthaltenen Diagnosen kommt hinzu, dass und die Schwere der Erkrankung durch die Diagnosen vorgegeben ist.		
60.	bpa e.V.	(7) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen benannten Diagnosen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen). PatV	Die ausschließliche Beschränkung der Verordnungsfähigkeit auf die Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses verstößt gegen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das eine Begrenzung durch die HKP-Richtlinie aufgrund der Regelungskompetenzen des G-BA für unstatthaft erachtet. HKP-Richtlinien stellen keinen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen dar (BSG v. 26.01.2006, B 3 KR 35/04). Vor diesem Hintergrund wird in der Vorbemerkung zum Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie auch auf eine Verordnungsfähigkeit von Maßnahmen über das Leistungsverzeichnis hinaus hingewiesen. Darüber hinaus haben die Experten verdeutlicht, dass der Diagnosekatalog bzw. die im Verzeichnis aufgeführten Beeinträchtigungen nicht im ausreichenden Maße alle Möglichkeiten und Ausprägungen von psychischen Erkrankungen berücksichtigen. Damit wird auch fachlich belegt, dass ein abschließender Diagnosekatalog die Gefahr von erheblichen Versorgungslücken in sich birgt.	siehe Nummer 56 Die Experten (siehe Expertenbefragung) haben die Notwendigkeit der Beibehaltung eines Diagnosenkatalogs bestätigt. Darüber hinaus wurde mit § 4 Absatz 10 eine Öffnungsklausel eingefügt. Hinweis in Vorbemerkung zum Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Verordnungsfähigkeit von Maßnahmen über das Leistungsverzeichnis hinaus) bleibt weiterhin geltend.	
61.		[diagnosebezogene Anwendung, s.u.] GAF-	Wir unterstützen den Vorschlag der PatV/KBV. Die Einführung der GAF Skala, stellt für die Leistungserbringer eine zusätzliche Herausforderung dar und erfordert einen erweiterten Schulungsbedarf.	siehe Nummern 52 und 56 Die Anwendung der GAF-Skala betrifft den verordnenden Arzt. Ein Schulungsbedarf der Pflegedienste lässt sich daraus nicht ableiten.	
62.	Diakonie	§ 4 Absatz 7 Satz 2 (neu):	Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden	siehe Nummern 52 und 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird von der Diakonie Deutschland abgelehnt	<p>Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird.</p> <p>Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet; „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“.</p> <p>Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird.</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die PatV/KBV/ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamteinschätzung durch die Fachärztin/den Facharzt richten.</p>		
63.	AWO	§ 4 Absatz 7, Satz 2 (neu): Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird vom AWO Bundesverband abgelehnt.	Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer	siehe Nummer 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird.</p> <p>Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet; „(in) Verbindung mit der Gesamtschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“.</p> <p>Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird.</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die KBV/PatV ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamtschätzung durch den Facharzt / die Fachärztin richten.</p>		
63a	<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie</b>	§4 (7) Satz 2 Wir schließen uns der Stellungnahme von PatV/KBV an	siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 24 s. Stellungnahme bei“ Tragenden Gründen“ S. 5 (GAF Skala )	siehe Nummer 56	

## 7.6.2 Leistungsverzeichnis Nummer 27a

### Zur Spalte „Leistungsbeschreibung“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
64.	<b>BÄK</b>	<i>Änderung der Leistungsbeschreibungen:</i>		Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Die Bundesärztekammer <b>stimmt</b> den Vorschlägen von <b>KBV und Patientenvertretung zur Ergänzung der Leistungsbeschreibung zu.</b>			
65.	<b>Dachverband Gemeinde- psychiatrie</b>	<p>(Leistungsverzeichnis) Den entscheidenden <b>Fortschritt</b> des RL-Entwurfs sehen wir bei der <b>Leistungsbeschreibung.</b></p> <p>Zu PatV/KBV: Die Ergänzungen sind unserer Meinung nach <b>unbedingt</b> <i>[Hervorhebung des Verf.]</i> einzufügen.</p> <p>weitere Ergänzung: „Die Leistungsabgabe erfolgt in der Regel als Einzelkontakt. In besonderen Situationen sind Kontakte zu zweit möglich und zu begründen.“</p>	<p>Die <b>Herausnahme der abnehmenden Frequenz</b> der Pflegeeinheiten entspricht der Evidenz der einschlägigen Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum. Die Frequenz der Hausbesuche ist ein entscheidendes Element der therapeutischen Intervention, das zwischen Versicherten und betreuenden Pflegepersonen festgelegt werden muss.</p> <p>siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 24 S. § 4(2) wenn nach der GKV gilt: Dass es das Ziel der pHKP ist, dass der oder die Versicherte „sein Leben im Alltag möglichst selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann.“ dann gehören neben der medizinischen auch begleitende und trainierende Maßnahmen in das Leistungsspektrum der pHKP. Recovery, Empowerment gehören zu den etablierten Verfahren der psychiatrischen Versorgung. Kontakte zu zweit sind insbesondere bei der Bewältigung von Krisensituationen notwendig.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe Nummer 67</p>	
66.	<b>VDAB</b>	Die <b>Ergänzungen PatV/KBV</b> „Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten	Die vorgeschlagenen Ergänzungen sind sinnvoll, weil durch sie die <b>Wiederherstellung der Alltagsfähigkeit</b> der Betroffenen mittels der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege weiter <b>unterstützt werden wird.</b>	Kenntnisnahme der Zustimmung zu KBV/PatV siehe Nummer 67	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.“ werden vom VDAB befürwortet.			
67.	DRK	Das DRK befürwortet den Vorschlag von PatV/KBV als neue Leistungen - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen. aufzunehmen.	Das Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang und Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen fördert eine psychische Stabilisierung, da an der Entstehung und Entwicklung einer psychischen Erkrankung persönliche, individuelle, soziale, umweltbedingte Faktoren beteiligt sind, auf die mit dem Training eingewirkt werden kann. Zudem kann individuell stabilisiert und psychosozial interveniert werden. Der trialogische Ansatz/Haltung wird dadurch wiedergespiegelt.	die Spiegelstriche 3 und 4 in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ werden wie folgt gefasst: <i>„- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung bzw. Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), - Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.“</i>	Änderung des BE
68.	ZWST	Die ZWST schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.	Beide Leistungen tragen wesentlich dazu beitragen, dass der/die Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er/sie sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umzugehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass der/die Versicherte in Krisensituationen und bei	siehe Nummer 67	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>Verschlechterung seines /ihres psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden.</p> <p>Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.</p>		
69.	BPtK	<p>Spalte Leistungsbeschreibung: (PatV/KBV)</p> <p>- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung</p> <p>Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen</p>	<p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag von PatV und KBV zu, die Leistungen der pHKP um die Punkte „Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ sowie „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“ zu ergänzen.</p> <p>Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“<sup>7</sup> empfiehlt mit hohen Empfehlungsgraden eine multiprofessionelle, aufsuchende Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen, sowohl in akuten Krankheitsphasen und Krisen als auch darüber hinaus (siehe auch Empfehlungen Nummer 4-10, S. 16/17). Während entsprechende Ansätze in anderen Ländern bereits regelhaft angeboten werden (z. B. Niederlande, England), ist eine Umsetzung in Deutschland bisher vor allem im Rahmen von Selektivverträgen gelungen. Ziele dieser Versorgungsangebote sind u. a. eine die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung fördernde Behandlung sowie eine besser aufeinander abgestimmte und vernetzte Versorgung der Patienten. Psychiatrische Krankenpflege ist fester Bestandteil dieser Versorgungsnetze und übernimmt neben den kompensatorischen Hilfen, wichtige co-therapeutische</p>	siehe Nummer 67	

<sup>7</sup> DGPPN (Hrsg.), S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Springer Verlag, 2013.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Aufgaben zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung sowie zur Koordinierung der Versorgung. Diese Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenpflege sollte sich deshalb auch in den Leistungsinhalten der pHKP wiederfinden. Dabei besteht zwar eine inhaltliche Nähe zu den Leistungen der Soziotherapie, dies führt aber aus Sicht der BpTK in der Praxis nicht zu Leistungsüberschneidungen, da bei gleichzeitiger Verordnung von Soziotherapie und pHKP im Behandlungsplan darzulegen bzw. abzugrenzen ist, welche konkreten Leistungen im Rahmen der Soziotherapie und welche im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erbracht werden.</p> <p>Darüber hinaus ist aus verschiedenen Gründen bisher kein flächendeckendes Versorgungsangebot mit Soziotherapie entstanden, weshalb in vielen Regionen ausschließlich psychiatrische häusliche Krankenpflege verfügbar ist. Auch aus diesem Grund erscheint es deshalb sinnvoll, die Leistungen der pHKP um die genannten Ziele zu ergänzen. Dies könnte dazu beitragen, die aufsuchende, multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – wie sie in Leitlinien empfohlen wird – zu verbessern.</p>		
70.	Caritas	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Der Deutsche Caritasverband schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.	Beide Leistungen tragen wesentlich dazu beitragen, dass der/die Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er/sie sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit	siehe Nummer 67	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Funktionseinschränkungen umgehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass der/die Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung seines /ihres psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden.</p> <p>Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.</p>		
71.	<b>Paritätischer Gesamtverband</b>	Der Paritätische befürwortet die Vorschläge von PatV und KBV zur Leistungsbeschreibung.		Kenntnisnahme.	
72.	<b>bad e.V.</b>	<p>Folgendem Vorschlag von KBV/PatV ist zu folgen:</p> <p>Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird die Nummer 27a wie folgt geändert:</p> <p>In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ werden nach dem 3. Spiegelstrich folgende neue Spiegelstriche angefügt:</p> <p>„- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung,</p> <p>- Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten</p>	<p>Der erste Spiegelstrich ist neben den kompensatorischen Hilfen wesentlich, damit pHKP dazu beitragen kann, dass psychisch kranke Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Diese Patienten benötigen ein Training, um damit ihre individuellen Bedürfnisse und Hilfebedarfe zu erkennen. Dann kann ein entsprechendes Verhalten zur Selbstbefähigung erarbeitet werden.</p> <p>Der zweite Spiegelstrich trägt der Tatsache Rechnung, dass pHKP Bindungsglied zwischen Beratungsstellen, Reha-Kliniken, Ärzten, betreutem Wohnen und anderen psychosozialen Diensten und Angeboten der Gemeinde ist. Entsprechend ist die „Koordinierung persönlicher Hilfenetze“ aktuell auch Bestandteil der Leistungsbeschreibung in den Berliner IV Verträgen (siehe Expertenbefragung, Frage 15, Antwort Dr. Meyer).</p>	siehe Nummer 67	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.“	Eine Trennung der vorgenannten Leistungsaspekte von den Leistungsverpflichtungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nach diesseitigem Dafürhalten weder sachgerecht, noch fachlich gerechtfertigt.		
73.	bpa e.V.	Spalte „Leistungsbeschreibung“ Psychiatrische häusliche Krankenpflege [PatV/KBV:] - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.	Wir unterstützen den Vorschlag von PatV/KBV zur Erweiterung der Leistungsbeschreibung Der Punkt "Training von Fähigkeiten" ist sehr wichtig, da er durch psychoedukative Anteile zur Vermeidung von Krankheitsspitzen im Behandlungsverlauf beiträgt sowie positiv zur Sicherung der medikamentösen Behandlung durch den Facharzt wirkt und zur Vermeidung von Rezidiven führt.	siehe Nummer 67	
74.	Diakonie	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Die Diakonie Deutschland schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.	Beide Leistungen tragen wesentlich dazu beitragen, dass die/der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass sie/er sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umgehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass die/der Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung ihres/seines psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden.	siehe Nummer 67	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.		
75.	AWO	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Der AWO Bundesverband schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.	Beide Leistungen tragen wesentlich dazu bei, dass der/die Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er/sie sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umzugehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass der/die Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung seines /ihres psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden.  Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.	siehe Nummer 67	
76.	BAPP	Nr. 27 a, Spalte Leistungsbeschreibung: <b>Die BAPP schließt sich der Formulierung der KBV/PatV an.</b> <i>- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung,</i>	Gemäß der Formulierung von GKV – SV soll die Überleitung in nachversorgende Strukturen kein Bestandteil der pHKP sein.  Hierdurch wird deutlich vorgegeben, dass die psychisch erkrankten Menschen hier eine ausreichende Selbständigkeit zur Organisation dieser Belange erreichen sollen.  Dieses bildet die Grundlage für eine Dauerbehandlung durch pHKP entsprechend der Richtlinie, wenn diese Selbständigkeit nicht erreichbar sein sollte. Aus der	siehe Nummer 67	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>- Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.</p> <p>Beide Ergänzungen spiegeln die Erfordernisse der Versorgungsrealität wieder und stellen praxisnahe sowie bedarfsorientierte Leistungsbeschreibungen dar.</p>	<p>nicht erreichbaren Selbständigkeit nach diesem Punkt können reaktiv die erreichten Behandlungserfolge regelmäßig relativiert werden bzw. eine Zielerreichung stets als möglich darstellen. Psychisch erkrankte Menschen, deren chronifizierten Fähigkeitsstörungen sich nach der GAF Skala im Zielbereich von 40 – 50 Punkte befinden wird hiermit eine lebenslange Verordnung mit pHKP ermöglicht. Hierfür möchte sich die BAPP bedanken.</p>		

#### Zur Spalte „Bemerkung“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
77.	BÄK	<p><u>Änderungen der Diagnoseliste:</u></p> <p>Die Bundesärztekammer gibt zu bedenken, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege die einzige Leistung im Leistungsverzeichnis für häusliche Krankenpflege ist, die spezifische Diagnosen als Voraussetzung für eine Verordnung voraussetzt. Pflegerische Maßnahmen sind jedoch nicht diagnose- sondern funktionsabhängig. Auch in der aktuellen Richtlinie gilt außerdem, dass pHKP nur verordnet werden darf, wenn definierte Fähigkeitsstörungen vorliegen.</p> <p>Die Bundesärztekammer vertritt daher die Ansicht, dass grundsätzlich bei allen F-Diagnosen pHKP indiziert sein kann, wenn die genannten Bedingungen einer Fähigkeitsstörung vorliegen; in diesem Falle wäre dann auch die Hinzuziehung des GAF-Scores zur weiteren Eingrenzung einer verordnungsfähigen Fähigkeitsstörung sinnvoll.</p> <p>Außerdem sollte pHKP auch bei Vorliegen eine Kombination mit jeweils mindestens einer anderen psychischen oder somatischen Diagnose verordnet werden, wenn diese Komorbiditäten gemeinsam zu einem relevanten Funktionsdefizit führen, bei dem pHKP hilfreich sein könnte.</p>		<p>siehe in Bezug auf das Erfordernis einer Diagnoseliste: Nummern 56 und 60</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
78.	APH	Leistungsverzeichnis F23. – Akute vorübergehende psychotische Störungen	<p>Die Leistungsposition sollte ins Leistungsverzeichnis aufgenommen werden.</p> <p>Die Argumentation des GKV-SV, dass es für eine sichere Diagnosestellung erst zu einer Symptombefreiheit kommen müsse, in deren Folge dann keine psychiatrische häusliche Krankenpflege mehr nötig sei, überzeugt nicht.</p> <p>Vielmehr darf bei menschlichen Wesen die Abwesenheit von psychotischen Störungen wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen als Normzustand unterstellt werden, womit psychotische Störungen als krankhafte Abweichung vom Normzustand diagnostizierbar sind, auch ohne dass es im Sinne eines Vorher-/Nachher-Abgleiches zu einer anschließenden Rückkehr zum Normzustand kommen muss.</p>	<p>Kenntnisnahme Zustimmung zu Position KBV/PatV GKV-SV/DKG:</p> <p>Kenntnisnahme, siehe Tragende Gründe, Position wird beibehalten. Aus GKV-Sicht bedarf diese Störung zur besten möglichen Versorgung eine Behandlung im Krankenhaus. Zudem ist eine Verordnung von pHKP grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich (siehe Nummer 56).</p>	
79.	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>(Leistungsverzeichnis)</p> <p>Unverständlich ist aus unserer Sicht hingegen der Ausschluss von Diagnosen aus der Verordnungsfähigkeit. Dies widerspricht dem Recht der Versicherten mit allen psychiatrischen Diagnosen auf die Leistung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Ziel der Maßnahme ist die Wiedererlangung der Fähigkeit, den Alltag selbständig zu bewältigen, indem die durch die Erkrankung verursachten Fähigkeitseinschränkungen durch die pflegerische Intervention beeinflusst werden.</p>	<p>Relevant für die Verordnung der Maßnahme ist damit nicht die Diagnose gemäß ICD, sondern die Fähigkeitseinschränkungen gemäß der Klassifikation der Körperfunktionen nach ICF. Diese sollen nach dem Vorschlag von GKV und Patientenvertretung über die GAF-Skala bestimmt werden. Diesen Vorschlag betrachten wir als den einzigen zielführenden. Damit ist sichergestellt, dass die Versicherten zu dem Anspruch der Leistungen kommen, die ihnen zustehen.</p>	siehe Nummer 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
80.	VDAB	Die Formulierung, „Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen“, sehen wir kritisch. Sie sollte wie folgt abgeändert werden: „Verordnungsfähig <b>insbesondere</b> bei folgenden Diagnosen“.		siehe Nummer 56	
81.		Die Ergänzungen F10-13, F19-22, die durch die PatV vorgeschlagen wurden, werden vom VDAB unterstützt.	Die Ergänzungen sind überzeugend, weil die dort genannten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung zunehmen und daher mitaufgenommen werden sollten.	Kenntnisnahme (siehe Ausführungen in den Tragenden Gründen) Positionen werden beibehalten GKV-SV/KB/DKG: Eine Verordnung von pHKP ist grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich (siehe Nummer 56).	
82.		Die Ergänzungen F40.0 und F40.1, die durch die PatV vorgeschlagen wurden, werden durch den VDAB unterstützt. Eine zeitliche Einschränkung von maximal sechs Monaten ist nicht notwendig (vgl. Vorschlag KBV).	Die Ergänzungen sind sinnvoll, weil die dort genannten psychischen Erkrankungsformen zugenommen haben und erhebliche negative Auswirkungen, gerade auch auf das Arbeits- und Sozialleben der Betroffenen, haben. Da diese Erkrankungen leider länger anhalten können, ist eine Beschränkung auf einen maximalen Zeitraum nicht zielführend.	siehe Nummer 56: Verordnung bei diesen Diagnosen nun über „Öffnungsklausel“ möglich; im Hinblick auf die Diagnoseliste schließen sich PatV und KBV daher der Auffassung des GKV-SV an, d.h. F40.0 und F40.1 werden nicht in die Diagnoseliste aufgenommen. zu zeitlicher Einschränkung: Kenntnisnahme, ersetzt durch Öffnungsklausel	Anpassung BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
83.	DRK	Der Neuaufnahme der vorgeschlagenen Diagnosen: F33.1, F40.0, F40.1, F42.1, F42.2, F43.1, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F60.1, F60.3, F61, F62.0, F62.1 unterstützt das DRK. Die Aufnahme ist sachgerecht und schließt eine Versorgungslücke.	<p>Viele Betroffene können durch ambulante Psychotherapie, MVZ oder Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nicht ausreichend psychisch stabilisiert werden. Die Versorgungsrealität zeigt eine massive Unterversorgung durch ambulante Psychotherapeuten auf. Die PIAs und MVZ versorgen regelhaft nicht aufsuchend, oder haben Notfalldienste. Betroffene, die unter Einbezug der GAF mehrere Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) aufweisen, können ihren Alltag nicht mehr selbstständig koordinieren oder bewältigen, so dass über die Verordnung einer PHKP im häuslichen Bereich und sozialem Umfeld, erste Schritte für eine psychische Stabilisierung durch z.B. Unterstützung in der Alltagsbewältigung, Tages- und Wochengestaltung erzielt werden kann. Mit der Umsetzung einer PHKP können dann erforderliche Folgemaßnahmen, wie die Anbahnung einer Psychotherapie, Anbindung an eine PIA Institution oder MVZ unterstützt und begleitet werden.</p> <p><b>Persönlichkeitsstörungen:</b> Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen werden primär durch Angst, depressive Störungen oder Suchtdiagnosen „systemauffällig“. Eine aufsuchende Hilfe wirkt bei diesen Menschen nicht regressiv, sondern kann in Bezug auf die häufig auftretende Komorbidität erste Schritte zu einer psychischen Stabilisierung führen.</p>	<p>Die Diagnoseliste wird u.a. um folgende der in der Stellungnahme genannten Diagnosen erweitert: F42.1, F42.2, F43.1, F53.1, F60.3.</p> <p>Im Übrigen ist eine Verordnung über die „Öffnungsklausel“ (siehe Nummer 56) möglich.</p> <p>Eine pauschale Feststellung zu Persönlichkeitsstörungen ist aufgrund der Vielfalt der einzelnen Typologien nicht möglich. Dies spiegelt sich auch in den Ausführungen in den Tragenden Gründen wieder.</p>	Anpassung BE
84.	ZWST	Die ZWST schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F.10 – F. 19)</li> <li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F.23)</li> </ul>	<p>PatV: Kenntnisnahme der Zustimmung, im Übrigen siehe Nummer 56</p> <p>GKV-SV/KBV/DKG:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phobische Störungen (F40.)</li> <li>• Zwangsstörung (F.42)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F.43.1)</li> <li>• Essstörungen (F.50)</li> <li>• und Persönlichkeitsstörungen (F.60; F.61)</li> <li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li> </ul> <p>muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass der /die Versicherte in die Lage versetzt wird, sein/ihr Leben im Alltag im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).</p> <p>Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u.a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtüreffekte“ vermieden werden.</p> <p>Insbesondere eine Ergänzung der Diagnosen um Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) ist aus Sicht der ZWST angezeigt, da dadurch der Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen</p>	<p>siehe Nummer 56 (Verordnung von pHKP grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich) sowie Nummern 81 bis 83</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>häuslichen Krankenpflege verbessert wird. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.</p> <p>Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.</p>		
85.	BPTK	<p><b>Spalte „Bemerkung“</b>  <b>Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen</b></p> <p>Wie bereits oben ausgeführt plädiert die BPTK dafür, keine Erkrankungs- oder Diagnosegruppen grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit der pHKP auszuschließen und den Grad der Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung als maßgeblich für die Indikationsstellung festzulegen. Dieser sollte grundsätzlich auch über eine Einschätzung auf der GAF-Skala dokumentiert werden.</p> <p>Im Weiteren werden deshalb bei den einzelnen aufgeführten Diagnosen oder Diagnosegruppen, bei denen Dissens bezüglich ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog besteht, nur solche Aspekte ergänzt, die in der Stellungnahme der BPTK bisher noch nicht ausgeführt wurden bzw. die den in den Tragenden Gründen aufgeführten Argumenten für oder gegen die Aufnahme einzelner Diagnosen/Diagnosegruppen etwas hinzufügen oder zu entgegen haben.</p>		siehe Nummer 56	
86.		PatV F10 - F19 Suchterkrankungen	Auch wenn in Deutschland ein (historisch gewachsenes) und sehr differenziertes Suchthilfesystem besteht, gibt es erhebliche Versorgungsdefizite in dieser Patientengruppe. So findet bspw. nur ein kleiner Teil der Menschen mit alkoholbezogenen Problemen bzw. einer Alkoholabhängigkeit ohne Umwege und zeitnah	PatV Kenntnisnahme der Zustimmung, im Übrigen siehe Nummer 56  GKV-SV/KBV/DKG siehe Nummer 56 und 81	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Zugang zum suchtspezifischen Versorgungssystem.<sup>8</sup> Eine Vielzahl der Menschen mit Alkoholproblemen nimmt das medizinische Versorgungssystem zwar in Anspruch, allerdings geschieht dies in der Regel wegen der gravierenden gesundheitlichen Folgeschäden, alkoholassozierten Störungen oder auch anderen medizinischen Problemen und selten wegen des Alkoholproblems selbst. In der S3-Leitlinie wird deshalb auch eine bessere Verzahnung des akutmedizinischen Bereichs mit der Suchtkrankenhilfe gefordert. Ein besonderes Problem stellt hierbei bspw. der Übergang von der stationären Entgiftung in die Entwöhnungsbehandlung dar. Infolge der getrennten Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherern kommt es zu langen Wartezeiten zwischen Entzug und Entwöhnung und damit häufig zu Behandlungsabbrüchen. Nach Schätzungen erhalten innerhalb eines Jahres etwa 13 Prozent der Alkoholabhängigen eine stationäre Entgiftung. Nur 7 Prozent – das heißt nur halb so viele – nehmen eine stationäre Entwöhnung in Anspruch.<sup>9</sup> Die pHKP könnte hier bei entsprechender Indikation deshalb als Bindeglied zwischen beiden Behandlungssystemen fungieren. Darüber hinaus sind die Angebote der Suchthilfe fast immer als „Komm-Struktur“ angelegt, d. h., die Betroffenen müssen sich aktiv um Hilfe bemühen. Für schwer Suchtkranke ist dies häufig eine zu hohe Hürde. Auch hier könnte die pHKP zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung und -bewältigung sowie zur Motivierung der</p>	<p>Beim Vorliegen der Diagnosen F10- F19 ist eine Verordnung von pHKP grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich.</p>	

<sup>8</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg.), S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001, <http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/> (Zugriff am 18.10.2017).

<sup>9</sup> Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. Sucht, 59(6). 355-366.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			Inanspruchnahme des Suchthilfesystems tätig werden. Dies gilt in gleichem Maße für alle weiteren substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen.		
87.		PatV/KBV/DKG F23. Akute vorübergehende psychotische Störungen	Die BPtK schließt sich den Argumenten von PatV, KBV und DKG an, dass in der Versorgung bereits heute Patienten mit dieser Diagnose mit pHKP versorgt werden und durch die Aufnahme dieser Diagnose in den Leistungskatalog lediglich eine Anpassung an den „Versorgungsalltag“ erfolgt. Zudem unterstützt die Verordnung von pHKP bei vorübergehenden psychotischen Erkrankungen eine ambulante Versorgung dieser Patientengruppe und hilft damit, unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Dies entspricht auch den Leitlinienempfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die in Krisen und akuten Krankheitsphasen eine multiprofessionelle, aufsuchende Behandlung empfiehlt (siehe oben).	siehe Nummern 56 und 78	
88.		F31. Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bis F31.9	Die BPtK spricht sich für den Vorschlag der PatV aus, dass die pHKP bei Patienten mit einer aktuell remittierten bipolaren affektiven Störung zumindest in den ersten sechs Monaten der vollständigen Remission zur weiteren Stabilisierung des Patienten verordnet werden kann. Grundsätzlich vertritt die BPtK die Auffassung, dass über das Indikationskriterium eines GAF-Wertes von maximal bis zu 50 eine hinreichende Eingrenzung der Patientenpopulation auf Menschen mit schweren Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Störungen erreicht wird. Die Definition von Ausschlussdiagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10 erscheint somit obsolet.	Vor dem Hintergrund der unter Nummer 56 beschriebenen Änderung des BE (Verordnung von pHKP grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich) schließen sich PatV und KBV der Position des GKV-SV an	
89.		PatV/KBV F40.0 Agoraphobie	Der GKV-SV argumentiert in den Tragenden Gründen, dass bei diesen psychischen Erkrankungen	siehe Nummern 82 und 83	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		F40.1 Soziale Phobie	<p>Psychotherapie indiziert sei und die Versorgung deshalb zum einen durch niedergelassene Psychotherapeuten und zum anderen multiprofessionell durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sichergestellt werde – und deshalb grundsätzlich keine Notwendigkeit für pHKP bestehe würde. Diese Begründung eines Leistungsausschlusses bei diesen Diagnosen ist aus Sicht der BPTK nicht nachvollziehbar. Bei Psychotherapie und pHKP handelt es sich um grundsätzlich voneinander zu unterscheidende Leistungen, die vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen fachlichen Qualifikation mit unterschiedlichen Zielen erbracht werden. Während der Schwerpunkt der Psychotherapie auf der Behandlung der psychischen Erkrankung an sich liegt, ist das Ziel der pHKP, bei der Bewältigung der Beeinträchtigungen durch die Erkrankung im Alltag zu unterstützen, diese zu verringern und hierdurch gegebenenfalls den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erst zu ermöglichen. Psychotherapie und pHKP ergänzen sich in ihren Leistungen deshalb gegenseitig und schließen sich nicht aus, wie es auch in der Expertenanhörung ausgeführt wurde.</p> <p>Auch der Hinweis auf das Versorgungsangebot der PIA begründet aus Sicht der BPTK nicht den grundsätzlichen Ausschluss dieser psychischen Erkrankungen von der Verordnung der pHKP. Zum einen gilt auch für zahlreiche weitere psychische Erkrankungen, wie z. B. der Schizophrenie, dass sie eine Indikation für Psychotherapie sind und für diese Patienten auch Versorgungsangebote der PIA zur Verfügung stehen. Dies stellt deshalb kein Argument dar, die erforderliche komplexe Versorgung nicht auch in der regulären vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung anzubieten. Zum anderen unterscheiden</p>	<p>Die Diagnosen F40.0 und F40.1. können im Rahmen der Öffnungsklausel grundsätzlich verordnet werden. Insbesondere bei psychoanalytisch begründeten Verfahren (psychoanalytische Therapie, tiefenpsychologische Therapie) setzt die Teilnahme an der ambulanten Psychotherapie eine Ich-Stärke voraus, die die gleichzeitige Inanspruchnahme von pHKP nicht plausibel erscheinen lässt. Für die zu präferierende Verhaltenstherapie werden für diese beiden Diagnosen Therapie hemmende Effekte bei gleichzeitiger Anwendung befürchtet.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>sich die PIA sowohl hinsichtlich ihres Leistungsspektrums als auch ihres Personalportfolios erheblich voneinander. In welchem Umfang Leistungen der psychiatrischen Pflege zu den Angeboten der PIA zählen, variiert stark. Während in manchen PIA Leistungen der Berufsgruppe der Pflege bis zu 50 Prozent ausmachen, sind dies in anderen PIA lediglich 11 Prozent.<sup>10</sup> Zudem gehört eine aufsuchende Behandlung nur bei wenigen PIA zum Leistungsangebot und kann in der Regel nur im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V oder Selektivverträgen umgesetzt werden. PIA können deshalb nur in geringem Umfang, wenn überhaupt, Aufgaben der pHKP übernehmen.</p> <p>Bei entsprechender Indikation, d. h., einer erheblichen Beeinträchtigung aufgrund der psychischen Erkrankung, die u. a. über eine Einstufung der GAF-Skala eingeschätzt und dokumentiert wird, sollte deshalb auch bei diesen Diagnosen eine pHKP verordnet werden können.</p>		
90.		PatV/KBV/DKG F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	Der GKV-SV argumentiert in den Tragenden Gründen, dass bei dieser psychischen Erkrankung Psychotherapie indiziert sei und die Versorgung deshalb zum einen durch niedergelassene Psychotherapeuten und zum anderen multiprofessionell durch die PIA sichergestellt werde – und deshalb grundsätzlich keine Notwendigkeit für pHKP bestehen würde. Diese Begründung eines	F43.1 wird in die Diagnoseliste übernommen	

<sup>10</sup> Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 2012, 3. Thüringer Psychiatriebericht; 17 PIA in Thüringen; Wedegärtner, F., Wedegärtner, C., Müller-Thomsen, T. & Bleich, S. (2009). Wer erhält wie viel Versorgung in der Institutsambulanz und warum? Psychiatrische Praxis, 36, 338-344.; Kinzel, U., Spengler, A. & Weig, W. (2006). Das klinische Leistungsprofil psychiatrischer Institutsambulanzen in Niedersachsen. Krankenhauspsychiatrie, 17, 79-83.; Melchinger, H. (2008). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrufbar unter: [http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger\\_KBV\\_Gutachten.pdf](http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf).

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Leistungsausschlusses bei dieser Diagnose ist aus Sicht der BPTK nicht nachvollziehbar.</p> <p>Bei Psychotherapie und pHKP handelt es sich um grundsätzlich voneinander zu unterscheidende Leistungen, die vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen fachlichen Qualifikation mit unterschiedlichen Zielen erbracht werden. Während der Schwerpunkt der Psychotherapie auf der Behandlung der psychischen Erkrankung an sich liegt, ist das Ziel der pHKP bei der Bewältigung der Beeinträchtigungen durch die Erkrankung im Alltag zu unterstützen, diese zu verringern und hierdurch gegebenenfalls den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erst zu ermöglichen. Psychotherapie und pHKP ergänzen sich in ihren Leistungen deshalb gegenseitig und schließen sich nicht aus, wie es auch in der Expertenanhörung ausgeführt wurde.</p> <p>Auch der Hinweis auf das Versorgungsangebot der PIA begründet aus Sicht der BPTK nicht den grundsätzlichen Ausschluss dieser psychischen Erkrankung von der Verordnung der pHKP. Zum einen gilt auch für zahlreiche weitere psychische Erkrankungen, wie z. B. der Schizophrenie, dass sie eine Indikation für Psychotherapie sind und für diese Patienten auch Versorgungsangebote der PIA zur Verfügung stehen. Dies stellt deshalb kein Argument dar, die erforderliche komplexe Versorgung nicht auch in der regulären vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung anzubieten. Zum anderen unterscheiden sich die PIA sowohl hinsichtlich ihres Leistungsspektrums als auch ihres Personalportfolios erheblich voneinander. In welchem Umfang Leistungen der psychiatrischen Pflege zu den Angeboten der PIA zählen, variiert stark. Während in manchen PIA Leistungen der Berufsgruppe der Pflege bis zu 50</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>Prozent ausmachen, sind dies in anderen PIA lediglich 11 Prozent. Zudem gehört eine aufsuchende Behandlung nur bei wenigen PIA zum Leistungsangebot und kann in der Regel nur im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V oder Selektivverträgen umgesetzt werden. PIA können deshalb nur in geringem Umfang, wenn überhaupt, Aufgaben der pHKP übernehmen.</p> <p>Bei entsprechender Indikation, d. h., einer erheblichen Beeinträchtigung aufgrund der psychischen Erkrankung, die u. a. über eine Einstufung der GAF-Skala eingeschätzt und dokumentiert wird, sollte deshalb auch bei diesen Diagnosen eine pHKP verordnet werden können.</p>		
91.		<p>PatV/KBV/DKG F50.0 Anorexia nervosa F50.1 Atypische Anorexia nervosa</p> <p>PatV zusätzlich F50.2 Bulimia nervosa F50.3 Atypische Bulimia nervosa</p>	<p>Auch an dieser Stelle begründet der Verweis des GKV-SV, dass eine multiprofessionelle einschließlich einer aufsuchenden Versorgung durch die PIA sichergestellt werden könne, nicht die Herausnahme dieser Diagnosegruppe aus dem Leistungskatalog der pHKP (siehe oben).</p> <p>Die BPTK schließt sich zudem dem Votum der PatV an, bei entsprechender Indikation pHKP auch bei Patienten mit Bulimia nervosa verordnen zu können. Es bestehen keine fachlichen Gründe, schwere bulimische Erkrankungen, die mit erheblichen Beeinträchtigungen einhergehen, auszuschließen (siehe oben).</p>	<p>siehe Nummern 56, 83, 89 die Diagnosegruppen werden nicht in die Diagnoseliste aufgenommen, (Verordnung von pHKP aber grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich, siehe Nr. 56)</p>	
92.		<p>PatV/KBV F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung</p>	<p>An dieser Stelle schließt sich die BPTK dem Votum des GKV-SV an, außer der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) keine weiteren Diagnosen aus dem Kapitel F6 als Regelindikationen aufzunehmen.</p>	<p>siehe Nummern 56, 83, 89 Die F60.3 wird in die Diagnoseliste aufgenommen. Im Übrigen werden die Diagnosegruppen nicht in die Diagnoseliste aufgenommen</p>	
93.		<p>PatV/KBV/DKG F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen</p>	<p>Der Hinweis auf Psychotherapie als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen – siehe</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
94.		PatV/KBV/DKG F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	weiter oben – begründet jedoch nicht den grundsätzlichen Ausschluss dieser Diagnosen. Aufgrund der sozialen Funktionseinschränkungen und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen treten häufig psychische Komorbiditäten auf – z. B. Suchterkrankungen, depressive und Angsterkrankungen – die ihrerseits wieder zu so starken Funktionseinschränkungen führen können, dass eine pHKP indiziert sein könnte. Diese Fälle müssten deshalb über die anderen Indikationen der pHKP-Richtlinie abgedeckt sein.	(Verordnung von pHKP aber grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich, siehe Nummer 56).	
95.		PatV andere Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Diagnosen	Die BpTK hat bereits dargelegt, dass sie es für grundsätzlich sinnvoll hält, den Grad der Beeinträchtigung als maßgeblich für die Verordnung von pHKP festzulegen und die pHKP-Richtlinie und die Soziotherapie-Richtlinie in Bezug auf die Indikationsstellung aneinander anzugleichen. Vor diesem Hintergrund plädiert die BpTK auch dafür, dass bei entsprechender Indikation bei jeder Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD-10 die Verordnung von pHKP möglich sein sollte. Eine Öffnungsklausel an dieser Stelle wäre deshalb verzichtbar, wenn bereits an anderer Stelle eine entsprechende Klarstellung erfolgen würde. Sollte es in der pHKP-Richtlinie dabei bleiben, dass zwar neue Diagnosegruppen in den Leistungskatalog eingeschlossen werden, bei bestimmten Diagnosen oder Diagnosegruppen aber weiterhin eine Verordnung von pHKP ausgeschlossen ist, schließt sich die BpTK dem Votum der PatV an, die Öffnungsklausel an dieser Stelle aufzunehmen und eine Verordnung unter bestimmten u. U. engeren Voraussetzungen (weitere Komorbiditäten, besonders schwerer Grad der Beeinträchtigung) zu ermöglichen.	siehe Nummer 56	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Auch an dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der Argumentation des GKV-SV, dass eine Öffnungsklausel nicht erforderlich sei, da bei vielen Diagnosen der ICD-10 Psychotherapie das Mittel der ersten Wahl und durch pHKP nicht zu ersetzen sei, fachlich nicht nachvollzogen werden kann. Weder umfasst das Kompetenz- und Aufgabenfeld der psychiatrischen Pflege psychotherapeutische Leistungen, noch kann es diese ersetzen. Psychotherapie kann aber durch pHKP sinnvoll ergänzt werden.</p>		
96.		<p>wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt oder koordiniert werden kann (<b>vgl. Anwendung der GAF-Skala in § 4 Absatz 7 Satz 2</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Störungen des Antriebs oder der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs,</li> <li>- Einbußen bei der Kontaktfähigkeit,</li> <li>- den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration,</li> </ul>	<p>Die BPtK stimmt dem Hinweis auf die Anwendung der GAF-Skala zu (siehe oben: grundsätzlicher Einsatz der GAF-Skala).</p>	Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik <b>oder</b></li> <li>- dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen</li> </ul>	<p>Das „oder“ ist aus Sicht der BPtK an dieser Stelle verzichtbar, da es bereits im ersten Absatz („wenn daraus resultierend ...“) heißt, dass <b>eine oder mehrere</b> der im Weiteren dann bei den Spiegelstrichen aufgeführten Beeinträchtigungen vorliegen muss.</p>	<p>Formulierung „oder“ wird als passend betrachtet. Ausgehend von der Stellungnahme wird nach dem letzten Spiegelstrich ein Punkt angefügt.</p>	<p>Anpassung BE</p>
97.	DBfK	<p>Anlage 1, II) 2.)  Der DBfK befürwortet die Vorschläge der PatV, ggf. in Einvernehmen mit weiteren beteiligten Organisationen ausdrücklich.  Der DBfK schlägt darüber hinaus vor, die Verordnungsfähigkeit um folgende Diagnosstellungen zu ergänzen:  F28. - sonstige nicht organische psychische Störungen  F29. - nicht näher bezeichnete nicht organische Psychose  F43.2 Reaktion auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen  F53.1 - schwere psychische Verhaltensstörung im Wochenbett  F63 - abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle</p>	<p>Die Begründungen, die Leistungserweiterungen nicht zu unterstützen, ließe sich auf alle Diagnosen übertragen: es gibt Tagesstätten, Anlaufstellen für psychisch kranke Menschen, ambulant betreutes Wohnen, Leistungen des SGB XI u.v.m.  Es stellt sich jedoch unweigerlich die Frage ob die erkrankten Menschen dazu in der Lage sind diese Angebote zu sondieren, Entscheidungen zu treffen und die notwendigen Angelegenheiten zu regeln.  Ziel muss es sein, die Anzahl stationärer Aufenthalte zu minimieren respektive die Verweildauer zu verringern. Einer Ergänzung der aufgeführten Vorschläge der PatV und auch des DBfK erachten wir daher als maßgeblich.  Darüber hinaus möchten wir nochmals auf die begrenzten Kapazitäten anderer Settings hinweisen. Der Betroffene benötigt u.U. sofort nach der Entlassung aus dem stationären Setting Unterstützung, was bereits jetzt nicht immer gewährleistet werden kann.  Explizit zur Nicht-Aufnahme von Persönlichkeitsstörungen:  Der GKV-SV begründet dies in Anlage 2 auf S. 15 damit, „dass pHKP bei vielen Diagnosen des Kapitels F6 der ICD-10 zu einer regressiven Entwicklung des Gesundheitszustandes führen könne“. Belastbare</p>	<p>Dem Hinweis des Stellungnehmers zur Aufnahme der Diagnose F53.1 in den Leistungskatalog wird gefolgt.  Zur Ergänzung der Diagnosen F28., F29., F43.2, F63: keine hinreichende Begründung für eine Ergänzung durch den Stellungnehmer vorgetragen. Ferner handelt es sich, mit Ausnahme der Diagnose F53.1, um sehr unspezifische Diagnosen.  Siehe aber Nummer 56 (Verordnung von pHKP grundsätzlich im Rahmen der Öffnungsklausel möglich).</p>	<p>Ergänzung der Diagnose im Leistungsverzeichnis</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			Fakten, bspw. wie häufig dies der Fall ist, liegen jedoch nicht vor. Die Formulierung des GKV-SV lässt eindeutig schließen, dass es ebenso nicht zu einer regressiven Entwicklung kommen kann. Im Zweifel werden an dieser Stelle vielen Betroffenen Leistungen verwehrt, die diese dringend benötigen – und dies allein aufgrund einer einzelnen Aussage in einer Expertenbefragung.		
98.	Caritas	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Der Deutsche Caritasverband schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F.10 – F. 19)</li> <li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F.23)</li> <li>• Phobische Störungen (F40.)</li> <li>• Zwangsstörung (F.42)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F.43.1)</li> <li>• Essstörungen (F.50)</li> <li>• und Persönlichkeitsstörungen (F.60; F.61)</li> <li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li> </ul> <p>muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass der /die Versicherte in die Lage versetzt wird, sein/ihr Leben im Alltag im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie</p>	siehe Nummern 83 und 84	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).</p> <p>Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u.a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtüreffekte“ vermieden werden.</p> <p>Wir möchten zudem darauf hinweisen, dass eine Ergänzung der Diagnosen um Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) den Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.</p> <p>Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.</p>		
99.	<b>Paritätischer Gesamtverband</b>	Die Aufnahme der vorgeschlagenen Diagnosen seitens der PatV wird vom Paritätischen Gesamtverband befürwortet.		Kenntnisnahme	
100.	<b>bad e.V.</b>	Dem Formulierungsvorschlag der PatV zu F10-F13 (hier: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Psychische und Verhaltens-	Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend. Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass alternative Angebote für Versicherte in anderen Behandlungsvarianten dem	siehe Nummer 81	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>störungen durch Opioide oder Cannabinoide, Psychische und Verhaltensstörungen durch Seditiva oder Hypnotika) ist zu entsprechen.</p>	<p>gesetzlichen Anspruch auf pHKP nicht entgegenstehen. Im Gegenteil: § 27 Absatz 1 SGB V garantiert Versicherten ausdrücklich den Anspruch auf HKP, wenn diese medizinisch erforderlich und wirtschaftlich ist. Dass dies im Einzelfall gegeben ist, können auch alternative Behandlungsvarianten nicht von vornherein ausschließen. Insofern ist ein genereller Ausschluss des Anspruchs in den Richtlinien rechtlich nicht zu rechtfertigen.</p> <p>Im Falle verschiedener Behandlungs- bzw. Versorgungsoptionen muss es vielmehr eine Möglichkeit geben, dass die im jeweiligen Einzelfall sinnvollste Variante gewählt werden kann. Die HKP-Richtlinien sind insofern gehalten, Behandlungsalternativen nicht bereits im Vorfeld auszuschließen.</p>		
101.		<p>Dem Formulierungsvorschlag der PatV zu F19 (hier: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) ist zu entsprechen.</p>	<p>Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass alternative Angebote für Versicherte in anderen Behandlungsvarianten dem gesetzlichen Anspruch auf pHKP nicht entgegenstehen. Im Gegenteil: § 27 Absatz 1 SGB V garantiert Versicherten ausdrücklich den Anspruch auf HKP, wenn diese medizinisch erforderlich und wirtschaftlich ist. Dass dies im Einzelfall gegeben ist, können auch alternative Behandlungsvarianten nicht von vornherein ausschließen. Insofern ist ein genereller Ausschluss des Anspruchs in den Richtlinien rechtlich nicht zu rechtfertigen.</p> <p>Im Falle verschiedener Behandlungs- bzw. Versorgungsoptionen muss es vielmehr eine Möglichkeit geben, dass die im jeweiligen Einzelfall sinnvollste Variante gewählt werden kann. Die HKP-Richtlinien sind insofern gehalten,</p>	siehe Nummer 81	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			Behandlungsalternativen nicht bereits im Vorfeld auszuschließen.		
102.		Nach der Angabe „F22.- Anhaltende wahnhafte Störung“ wird gemäß dem Vorschlag von KBV/PatV/DKG die Angabe „F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen“ eingefügt.	Die Begründung von KBV/PatV/DKG zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend. Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass das Stellen von Diagnosen nicht erst mit dem Entfallen von Symptomen möglich ist und nur in den (Einzel-)Fällen, in denen sich der verordnende Arzt zum Stellen einer Diagnose nicht in der Lage sieht, die Verordnung zu entfallen hat. Demgegenüber wäre nach diesseitigem Dafürhalten ein kategorischer Leistungsausschluss in den HKP-Richtlinien, der unstreitig medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege betreffen würde, gemäß § 27 Absatz 1 SGB V gesetzeswidrig.	siehe Nummern 78 und 81	
103.		Dem Vorschlag von KBV/PatV zur Angabe F31 ist zu entsprechen.	Die Begründung von der KBV/PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend. Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass die „Notwendigkeit einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege“ – anders als in der Begründung des GKV-SV dargelegt – nicht ausgeschlossen werden kann. In den Fällen einer solchen Notwendigkeit würde nach diesseitigem Dafürhalten ein kategorischer Leistungsausschluss in den HKP-Richtlinien, der medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege betreffen würde, gemäß § 27 Absatz 1 SGB V gesetzeswidrig sein.	siehe Nummern 84 und 85	
104.		Dem Vorschlag von PatV zur Angabe F40.0 und F40.1 ist zu entsprechen.	Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend. Dem Gegenvorschlag der KBV ist entgegen zu halten, dass die Festlegung der erforderlichen Dauer durch den	siehe Nummer 84	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			verordnenden Arzt zu sachgerechteren, weil dem Einzelfall angemesseneren Ergebnissen führt. Der Zweck, die Inanspruchnahme einer Psychotherapie durch die Befristung der pHKP sicherzustellen, kann durch den Ausschluss zudem nicht sichergestellt werden.		
105.		Dem Vorschlag der PatV zur Aufnahme einer Öffnungsklausel ist zu entsprechen.	<p>Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Durch die Expertenbefragung wurde deutlich, dass das gleichzeitige Vorliegen von psychischen Krankheiten und/oder körperlichen Krankheiten eine Indikation für pHKP darstellt. Die Voraussetzung, dass im Rahmen der Indikationsstellung mindestens eine der am Ende der Ziffer 27a aufgelisteten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) gegeben sein muss, bleibt unberührt.</p> <p>Dem Gegenvorschlag von GKV-SV ist entgegen zu halten, dass die Verneinung des Anspruchs mit der Begründung, dass eine andere Therapieform generell favorisiert wird, mit der Sach- und Rechtslage nach diesseitigem Dafürhalten nicht vereinbar ist. Die Erforderlichkeit des Anspruchs ist einzelfallspezifisch zu beurteilen, ebenso wie die medizinische Notwendigkeit. Ist Letztere gegeben, gilt dies auch für den Anspruch aus § 27 Absatz 1 SGB V.</p> <p>Die Annahme, die Verweigerung von pHKP führe nahezu automatisch zur Inanspruchnahme von Psychotherapie, ist zudem nicht zutreffend.</p> <p>Ebenso führt die Bejahung des Anspruchs auf pHKP nicht zum Ausschluss von Psychotherapie.</p>	siehe Nummer 56	
106.	bpa e.V.	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	Wir empfehlen die Aufnahme der F43.1, da in der Praxis in den Selektivverträgen (integrierte Versorgung) positive Behandlungserfolge erzielt werden konnten.	siehe Nummer 90	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
107.	Diakonie	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Die Diakonie Deutschland schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19)</li> <li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)</li> <li>• Phobische Störungen (F40)</li> <li>• Zwangsstörung (F42)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1)</li> <li>• Essstörungen (F50)</li> <li>• und Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)</li> <li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li> </ul> <p>muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass die/der Versicherte in die Lage versetzt wird, ihr/sein Leben im Alltag im Rahmen ihrer/seiner Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).</p> <p>Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u. a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtüreffekte“ vermieden werden.</p> <p>Insbesondere eine Ergänzung der Diagnosen um psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und emotional</p>	siehe Nummern 81 bis 84	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) ist aus Sicht der Diakonie Deutschland angezeigt, da dadurch der Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert wird. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.</p> <p>Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.</p> <p>Darüber hinaus ist der bisherige Ausschluss von Suchterkrankungen aus dem Diagnosekatalog fachlich nicht gerechtfertigt. Vielmehr ist es so, dass Suchterkrankungen oft mit körperlichen Erkrankungen bzw. Komplikationen und / oder weiteren psychischen Erkrankungen einhergehen.</p>		
108.	AWO	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Der AWO Bundesverband schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F.10 – F. 19)</li> <li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F.23)</li> <li>• Phobische Störungen (F40.)</li> <li>• Zwangsstörung (F.42)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F.43.1)</li> <li>• Essstörungen (F.50)</li> </ul>	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• und Persönlichkeitsstörungen (F.60; F.61)</li> <li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li> </ul> <p>muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass der /die Versicherte in die Lage versetzt wird, sein/ihr Leben im Alltag im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).</p> <p>Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u.a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtüreffekte“ vermieden werden.</p> <p>Insbesondere eine Ergänzung der Diagnosen um Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes angezeigt, da dadurch der Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert wird. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.</p>		
109.	BAPP	<p>Nr. 27 a, Spalte Bemerkungen:  <i>„Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen: ...“</i></p> <p>Unter Einbezug der Bewertung nach GAF Skala und vorgegebenen Werten von 40 bis maximal 50 Punkten ist die pHKP für alle Diagnosen von F 00 bis F 99 uneingeschränkt möglich.</p>	<p>Die BAPP kann sich aus fachlicher Sicht heraus <b>keiner</b> Diagnoseeinschränkung anschließen. Zumal die in der Richtlinie aufgeführten Fähigkeitsstörungen die Indikation für pHKP konkretisieren, was wiederum unabhängig von F-Diagnosen phänomenologisch in Erscheinung tritt.</p> <p>Als Begründung anzuführen, dass es ausreichende Versorgungssysteme für bestimmte Diagnosegruppen gibt <b>ist diskriminierend und ausgrenzend</b>. Wenn psychisch kranken Menschen diese Versorgungssysteme nicht erreichen ist es unerheblich, wie weit ausgebaut diese sind.</p> <p>Anzuführen, dass <b>Studien gezeigt</b> haben, dass pHKP keine geeignete Maßnahme zur Entgegnung einer bestimmten Erkrankung ist, scheint auf den ersten Blick richtig zu sein. Damit wird aber dem <b>verordnenden Facharzt die fachliche Kompetenz aberkannt</b>, über dieses Wissen zu verfügen und passend zu entscheiden.</p> <p>Es sind bereits zwei <b>bewährte Kontrollmechanismen</b> wirksam um eine ungerechtfertigte Behandlung zu verhindern. Zum einen verhindert die Fachlichkeit der verordnenden Ärzte eine Leistung der pHKP die nicht erforderlich wäre dadurch, dass keine ärztliche Verordnung erfolgt. Zum anderen ist jeder Fachdienst für pHKP befugt, befähigt und verpflichtet Leistung dort zu beenden, wo das ärztliche Behandlungsziel nicht erreichbar ist.</p>	siehe Nummer 56	

## Zur Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
110.	BÄK	<p>Änderung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:</p> <p>Die Bundesärztekammer stimmt einer Verlängerung des Verordnungszeitraumes auf 6 Monate im Sinne eines Bürokratieabbaus für die betroffenen Ärzte zu.</p>		<p>PatV Kenntnisnahme der Zustimmung</p> <p>GKV-SV/KBV/DKG behält Position bei. Bereits in der alten Fassung waren Verordnungszeiträume von mehr als vier Monate grundsätzlich möglich. Nun wird nochmals ausdrücklich klargestellt, dass auch Verordnungszeiträume über vier Monate möglich sind. Eine grundsätzlich Umstellung von vier auf sechs Monate ist nicht erforderlich.</p>	keine Änderung
111.	APH	Spalte 2.3.3 „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“	Der Argumentation von KBV/PatV wird diesseits gefolgt und ein Versorgungszeitraum von bis zu oder auch über 6 Monate hinaus für sachgerecht gehalten.	ebenda	
112.	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>(Leistungsverzeichnis)</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag von KBV und Patientenvertretung, einen regulären Verordnungszeitraum von sechs Monaten zu bestimmen.</p>	Er fügt sich in die Systematik des gegliederten Sozialrechtssystems Deutschlands nahtlos ein. Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI können erbracht werden, wenn Pflegebedürftigkeit für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten vorliegt. Die pflegerischen Behandlungsmaßnahmen nach SGB V könnten somit abgeschlossen werden und bei bestehender Pflegebedürftigkeit nahtlos über Leistungen nach XI übernommen werden.	<p>siehe Nummer 110</p> <p>Die Angaben im Leistungsverzeichnis zur Dauer und Häufigkeit einer Maßnahme sind nach den Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis in der HKP-Richtlinie Empfehlungen für den Regelfall, von denen in</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		<p>„Sollte ein <del>Verordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</del> Der Verordnungszeitraum beträgt ein Jahr. Ein Kontingent von bis zu 120 Einheiten kann verordnet werden. Beim Vorliegen besonderer Umstände können mehr als 120 Einheiten verordnet werden. Es ist zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.“</p>	<p>siehe Wortprotokoll zur Anhörung S. 24          Psychische Erkrankungen haben in der Regel einen sehr wechselhaften Verlauf.          Eine Kontingentlösung könnte sich flexibler dem Krankheitsverlauf anpassen. Intensiv in Krisenzeiten, ausschleichend in stabilen Zeiten.          Leistungserbringung in Einzelkontakten, Doppelkontakten und Gruppenangeboten (recovery, Psychoedukation) sind darin enthalten.</p>	<p>begründeten Fällen abgewichen werden kann. Bezogen auf die Ziffer 27a zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege wird kein starrer Verordnungszeitraum durch den G-BA empfohlen. Die Formulierung bezieht sich vielmehr auf eine Begründung, warum eine Verordnung über 4 Monate weiterhin notwendig ist. Dies ist von Relevanz, da die pHKP keine Leistung zur permanenten Dauerversorgung ist, sondern eine Stabilisierung und eine selbstständige Bewältigung und Koordinierung des Alltags ermöglichen soll.</p>	
113.	VDAB	<p>Leistungsverzeichnis, Auszug Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, S. 5: Der VDAB befürwortet den <u>Vorschlag der KBV/PatV.</u></p>	<p>Eine Begründung sollte <u>erst ab einem Verordnungszeitraum von mehr als sechs Monaten</u> abgegeben werden müssen. Eine Begründungspflicht, die nach einem kürzeren Zeitraum entstehen würde, schafft nur unnötige Bürokratie und Kosten. Überdies ist es für die <u>Compliance des Patienten</u> überaus günstig, wenn er sich eines gewissen Zeitraumes sicher sein kann, in dem er die Krankenpflege erhält. Im Übrigen schließen wir uns den stichhaltigen Argumenten der KBV/PatV an (vgl. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf, S. 16).</p>	ebenda	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
114.	DRK	Dem Vorschlag KBV/PAT einen Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten (Dauer und Häufigkeit) stimmen wir zu.	Wir plädieren für einen Verordnungszeitraum von 6 Monaten mit der Möglichkeit einer Verlängerung, um die Ziele und Maßnahmen dieser Leistung umzusetzen, eine Reduzierung der Fähigkeitsstörungen und eine nachhaltige Wirkung aufrecht zu erhalten.	ebenda	
115.		Wir widersprechen der Einschätzung, dass bei der Diagnose F43.1 eine PHKP bis zu 6 Monaten ausreichend ist.	Die Diagnose 43.1 als eine spezifische Form einer Traumafolgestörung erfordern ein multiprofessionelles Behandlungskonzept, so dass auch eine PIA-Anbindung oder auch MVZ häufig eine nicht ausreichende Unterstützung darstellt.  Die häufig notwendigen phasenbegleitenden Aspekte einer psychosozialen Reintegration (psychosoziale Unterstützung, Angehörigeneinbeziehung, berufliche Rehabilitation, Alltagsbewältigung, Tages- und Wochenplanung, Sicherstellung ärztlicher Versorgung) stellen typische Inhalte der PHKP dar. Somit ist eine Begrenzung auf dann 6 Monate aus Sicht des DRKs fachlich nicht angemessen.	Die Diagnose F43.1 wird in die Diagnoseliste aufgenommen. Im Übrigen gelten die allgemeinen Vorgaben zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“.	Anpassung BE
116.	ZWST	Eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird von der ZWST abgelehnt.	Die Begrenzung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischen Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u.U. bei dem/der Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.  Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht der ZWST generell nicht sinnvoll.	siehe Nummer 110	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			Wenn dennoch eine Begrenzung vorgenommen wird, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.		
117.		Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, KBV/PatV: „Bei bestimmten Diagnosen/ Indikationen (...) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“ Aus Sicht der ZWST kann auf dies Ergänzung verzichtet werden.	s. o. – Eine starre Begrenzung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.	Die Verordnungsdauer ist bewusst offengehalten und sieht keine starren Verordnungszeiträume vor. Es geht ausschließlich um eine Begründung und den erforderlichen Abgleich der aktuellen Situation mit dem Therapieziel und ggf. der Anpassung im Behandlungsplan, wenn pHKP über vier Monate verordnet werden soll.	keine Änderung
118.	BPtK	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen“ KBV/PatV: Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als <b>6 Monaten</b> erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann. Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (siehe F40.0, F40.1 und F43.1 in der	Eine evidenzbasierte Festlegung des Verordnungszeitraums pHKP ist nicht möglich. Somit ist jede Festlegung letztlich normativ und in gewisser Weise willkürlich. Aus fachlichen Erwägungen und aufgrund praktischer Erfahrungen – siehe Protokoll der Expertenanhörung – scheint eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate jedoch nicht sinnvoll. Die BPtK schließt sich deshalb dem Votum der PatV/KBV und der Experten an, eine Verordnung von pHKP über 6 Monate regelhaft zu ermöglichen. Der Hinweis, dass bei bestimmten Indikationen – hier insbesondere F40.0, F40.1 und F43.1 – ein längerer Verordnungszeitraum als 6 Monate in der Regel nicht gegeben ist, erscheint aus Sicht der BPtK willkürlich. Zwar ist es richtig, dass es sich bei Agoraphobien (F40.0), sozialen Phobien (F40.1) sowie	siehe Nummer 110 ff.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Spalte „Bemerkung“) ist ein längerer als der o. g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.	Posttraumatischen Belastungsstörungen (F43.1) um Erkrankungen handelt, die vornehmlich psychotherapeutisch zu behandeln sind. Die BPTK sieht jedoch kein spezifisches Risiko für eine iatrogene Chronifizierung aufgrund der Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, insbesondere bei der relevanten Patientengruppe mit schweren Beeinträchtigungen der Aktivitäten. Bei der Verordnung und Durchführung von pHKP ist grundsätzlich darauf zu achten, dass eine iatrogene Chronifizierung vermieden wird. Dies liegt jedoch vornehmlich in der fachlichen Verantwortung der verordnenden Fachärzte sowie der psychiatrischen Pflegepersonen und kann in der Richtlinie nicht auf einzelne Diagnosen reduziert werden.		
119.	DBfK	Anlage 1, II) 3.) Der DBfK stimmt dem Vorschlag zu, den Verordnungszeitraum auf 6 Monate auszudehnen. Darüber hinaus sehen wir die Einfügung des letzten Satzes als <b>obsolet</b> an.	Je nach Erkrankung bedarf es eines deutlich längeren Zeitraums um eine Beziehung aufzubauen, die eine erfolgreiche Behandlung ermöglicht. Bereits in den verordnungsfähigen Diagnosen ist klargestellt, dass bestimmte Diagnosen nicht länger als 6 Monate verordnungsfähig sind. Der hier eingefügte Satz birgt Unsicherheiten durch die Formulierung „in der Regel“. Optional bitten wir darum die Dauer der Verordnungsfähigkeit unter 2.o) und 2.q) zu streichen.	siehe Nummer 110	
120.	Caritas	Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: Eine Festlegung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird vom Deutschen Caritasverband <b>abgelehnt</b> .	Die Festlegung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als <b>zu starr erwiesen</b> . Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischen Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u.U. bei dem/der Versicherten sogar (erneute) psychische	siehe Nummern 110 und 117	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.</p> <p>Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes generell nicht sinnvoll.</p> <p>Wenn dennoch ein fester Zeitraum für die Regelversorgung festgelegt werden soll, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.</p>		
121.		<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, KBV/PatV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“</p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes kann auf dies Ergänzung verzichtet werden.</p>	<p>s. o. – Eine Festlegung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.</p>	siehe Nummer 117	
122.	<b>Paritätischer Gesamtverband</b>	<p>Der Paritätische schließt sich dem Vorschlag der KBV und PatV (Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten, Dauer und Häufigkeit) an.</p>		s. h. Nummer 110 ff.	
123.		<p>Der Einschätzung, dass bei der Diagnose F 43.1 eine PHKP bis</p>	<p>Die Diagnose 43.1 als eine spezifische Form einer Traumafolgestörung erfordert ein multiprofessionelles Behandlungskonzept, so dass auch eine PIA-</p>	siehe Nummer 115	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		zu 6 Monaten ausreichend ist, widersprechen wir.	Anbindung oder auch MVZ häufig eine nicht ausreichende Unterstützung darstellt. Die häufig notwendigen phasenbegleitenden Aspekte einer psychosozialen Reintegration (psychosoziale Unterstützung, Angehörigeneinbeziehung, berufliche Rehabilitation, Alltagsbewältigung, Tages- und Wochenplanung, Sicherstellung ärztlicher Versorgung) stellen typische Inhalte der PHKP dar. Somit ist eine Begrenzung auf 6 Monate aus Sicht des Paritätischen fachlich nicht angemessen.		
124.	bad e.V.	Dem Vorschlag von KBV/PatV zur Anpassung der Spalte „Dauer und Häufigkeiten der Maßnahme“ ist zu entsprechen. („Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann. Bei bestimmten Diagnosen/ Indikationen (siehe F40.0, F40.1 und F43.1 in der Spalte „Bemerkung“) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.)	Die Begründung von KBV/PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend. Ein Versorgungszeitraum von bis zu 6 Monaten oder auch über 6 Monate hinaus entspricht der Versorgungsrealität insofern, als damit den multiprofessionellen Teams vor Ort die Möglichkeit gegeben wird, beispielsweise individuellen bezugstherapeutischen Aspekten oder auch Krankheitsrezidiven Rechnung tragen zu können. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass mittels eines ausreichenden Zeitraums für Förderung und Training des Patienten die Vermeidung von Institutionalisierung (auch ein Kostenfaktor) gegeben ist. Damit wird gleichzeitig die Lebensqualität jedes einzelnen psychisch Erkrankten gefördert.	siehe Nummern 110, 112 und 117	
125.	bpa e.V.	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ GKV/DKG:	Beide Alternativen beschränken den Leistungsumfang in unzulässiger Weise. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen zu den	siehe Nummer 117	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</p> <p>KBV/PatV:</p> <p>Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</p>	<p>Änderungen unter § 4 Abs. 7 der HKP-Richtlinie verwiesen.</p>		
126.	Diakonie	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“:</p> <p>Eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird von der Diakonie Deutschland abgelehnt.</p>	<p>Die Begrenzung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischen Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u. U. bei der/dem Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.</p> <p>Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte</p>	siehe Nummern 110 und 117	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht der Diakonie Deutschland generell nicht sinnvoll.</p> <p>Wenn dennoch eine Begrenzung vorgenommen wird, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.</p>		
127.		<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, PatV/KBV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o. g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“</p> <p>Aus Sicht der Diakonie Deutschland kann auf diese Ergänzung verzichtet werden.</p>	<p>s. o. – Eine starre Begrenzung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.</p>	siehe Nummer 117	
128.	AWO	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“:</p> <p>Eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird vom AWO Bundesverband abgelehnt.</p>	<p>Die Begrenzung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischen Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u.U. bei dem/der Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.</p> <p>Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre</p>	siehe Nummern 110 und 117	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			zeitliche Begrenzung aus Sicht des AWO Bundesverbandes generell nicht sinnvoll. Wenn dennoch eine Begrenzung vorgenommen wird, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.		
129.		Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, KBV/PatV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“ Aus Sicht des AWO Bundesverbandes kann auf diese Ergänzung verzichtet werden.	s. o. – Eine starre Begrenzung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.	siehe Nummer 117	
130.	BAPP	Nr. 27 a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: <b>Die BAPP schließt sich der Formulierung der KBV / PatV an.</b> <i>Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte</i>	Die Bezeichnung „Einheiten“ ist ein sehr unspezifischer Begriff, der dazu geführt hat, dass Krankenkassen die „Einheiten“ sehr heterogen interpretieren. So lässt sich eine Spannbreite von 25 Minuten je Einheit (Sachsen-Anhalt) bis 120 Minuten (Rheinland-Pfalz) feststellen. Diese Auslegung der GKVen führt dazu, dass psychisch erkrankte Menschen je nach Bundesland zwischen 350 Minuten pHKP pro Woche bis zu 1680 Minuten pHKP pro Woche erhalten (Maximalwerte bei 14 Einheiten). Im Sinne des gleichwertigen Leistungsanspruches aller Versicherten in Bundesrepublik muss hier seitens der Richtlinien steuernd eingegriffen werden.	zur Bezeichnung „Behandlungseinheiten“: (...) Die Begrifflichkeit der Einheiten war nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p><i>oder den Versicherten stabilisieren kann.</i></p> <p>Bis zu 14 Einheiten (à 60 Minuten) pro Woche.</p> <p>Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan der BAPP vorzulegen</p>	<p>Die BAPP hat für die aktuellen Richtlinien bereits einen Behandlungsplan entworfen und verbreitet, der von den Kostenträgern anerkannt wird. Dieser Behandlungsplan enthält ausreichende Informationen für eine Sachbearbeiter-Entscheidung durch die Kostenträger ohne den Rahmen der Schweigepflicht zu verletzen. Medizinisch spezifizierte Informationen werden auf einem gesonderten Behandlungsplan nur für den MDK erstellt.</p> <p>Bei Aufnahme der Vorgeschlagenen Änderung kann die BAPP binnen 14 Tagen den, den feststehenden Richtlinienveränderungen Rechnung tragend, neuen Behandlungsplan erstellen und veröffentlichen.</p>		

## 7.7 Volltexte der Stellungnahmen



### Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Psychiatrische häusliche Krankenpflege

APH Bundesverband e. V.	
13.10.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Leistungsverzeichnis F23. – Akute vorübergehende psychotische Störungen	Die Leistungsposition sollte ins Leistungsverzeichnis aufgenommen werden. Die Argumentation des GKV-SV, dass es für eine sichere Diagnosestellung erst zu einer Symptomfreiheit kommen müsse, in deren Folge dann keine psychiatrische häusliche Krankenpflege mehr nötig sei, überzeugt nicht. Vielmehr darf bei menschlichen Wesen die Abwesenheit von psychotischen Störungen wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen als Normzustand unterstellt werden, womit psychotische Störungen als krankhafte Abweichung vom Normzustand diagnostizierbar sind, auch ohne dass es im Sinne eines Vorher-/Nachher-Abgleiches zu einer anschließenden Rückkehr zum Normzustand kommen muss.
Spalte 2.3.3 „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“	Der Argumentation von KBV/PaIV wird diesseits gefolgt und ein Versorgungszeitraum von bis zu oder auch über 6 Monate hinaus für sachgerecht gehalten.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.</b>	
<b>18.10.2017</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
(4) Die im Entwurf geschaffene Möglichkeit, der Verordnung von APP über 14 Tage hinaus begrüßen wir.	Sowohl für die Versicherten als auch für die Pflegedienste entsteht damit ein Maß an Sicherheit, das für die, bei der Leistungserbringung notwendige, Vertrauensbildung erforderlich ist.
(5) Änderungsvorschlag: Zudem <u>muss die Pflege verbindlich in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem eingebunden sein.</u>	Dadurch kann gewährleistet werden, dass die Hilfen passgenau erbracht werden und keine Mehrfachbringung entsteht. Zudem wird für eine eventuell notwendige Weiterbegleitung der passende Anbieter gefunden und eine Brücke dahin gebaut.
(6.3) Die Möglichkeit einer Verordnung von Ambulanter Psychiatrischer Pflege durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gilt es aus unserer Sicht zu stärken	Gerade durch die Institutsambulanzen wird die Verbindung zwischen Klinik und häuslichem Bereich hergestellt. In der Richtlinie sollte die <u>gelebte Praxis</u> - zumindest in einigen Regionen Deutschlands - , dass PIAs Ambulante psychiatrische Pflege verordnen dürfen, solange keine weiteren als ärztliche Leistungen in der PIA in Anspruch genommen werden, aufgenommen und so in eine rechtssichere Form gebracht werden, Gerade in den PIAs werden die besonders schwer erkrankten Menschen versorgt, dies aber nur selten in aufsuchender Form.
(Leistungsverzeichnis) Den entscheidenden Fortschritt des RL-Entwurfs sehen wir bei der Leistungsbeschreibung.	Die Herausnahme der abnehmenden Frequenz der Pflegeeinheiten entspricht der Evidenz der einschlägigen Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum. Die Frequenz der Hausbesuche ist ein entscheidendes Element der therapeutischen Intervention, das zwischen Versicherten und betreuenden Pflegepersonen festgelegt werden muss.
(Leistungsverzeichnis) Wir unterstützen den Vorschlag von KBV und Patientenvertretung, einen regulären Verordnungszeitraum von sechs Monaten zu bestimmen.	Er fügt sich in die Systematik des gegliederten Sozialrechtssystems Deutschlands nahtlos ein. Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI können erbracht werden, wenn Pflegebedürftigkeit für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten vorliegt. Die pflegerischen Behandlungsmaßnahmen nach SGB V könnten somit abgeschlossen werden und bei bestehender Pflegebedürftigkeit nahtlos über Leistungen nach XI übernommen werden.
(Leistungsverzeichnis) Unverständlich ist aus unserer Sicht hingegen der Ausschluss von Diagnosen aus der Verordnungsfähigkeit. Dies widerspricht dem Recht der Versicherten mit <u>allen</u> psychiatrischen Diagnosen auf die Leistung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Ziel der Maßnahme ist die Wiedererlangung der Fähigkeit, den Alltag selbständig zu	Relevant für die Verordnung der Maßnahme ist damit nicht die Diagnose gemäß ICD, sondern die Fähigkeitseinschränkungen gemäß der Klassifikation der Körperfunktionen nach ICF. Diese sollen nach dem Vorschlag von GKV und Patientenvertretung über die GAF-Skala bestimmt werden. Diesen Vorschlag betrachten wir als den einzigen zielführenden. Damit ist sichergestellt, dass die Versicherten zu dem Anspruch der Leistungen kommen, die ihnen zustehen.

<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.</b>	
<b>18.10.2017</b>	
<p>bewältigen, indem die durch die Erkrankung verursachten Fähigkeitseinschränkungen durch die pflegerische Intervention beeinflusst werden.</p>	
<p>Wir unterstützen eine Indikationsstellung, wie sie im Beispiel des Modellprojekts der AOK-Baden Württemberg (seit Anfang 2017) gelöst wurde:</p>	<p>„(1) Es muss eine fachärztlich gesicherte Diagnose vorliegen. Relevant für die pflegerische Intervention ist die aus der diagnostizierten Erkrankung resultierende Gesundheitsstörung, die zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens geführt hat und fachpflegerisch behandelt werden kann.</p> <p>(2) Die pflegerisch psychiatrische Intervention orientiert sich an den tatsächlichen Bedarfen der Versicherten. Durch eine flexiblere Gestaltung der Leistungserbringung wird dem bei psychisch Erkrankten typischen Wechsel von stabilen und instabilen Phasen Rechnung getragen.</p> <p>(3) Eine stabile Phase besteht, wenn die Gesundheitsstörung entsprechend dem anerkannt medizinischen Wissensstand entsprechend der S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien der DGPPN nach behandelt werden kann. In einer stabilen Phase ist eine Versorgung entsprechend der somatischen häuslichen Krankenpflege nach dem Rahmenvertrag nach § 132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ausreichend.</p> <p>(4) Eine instabile Phase (Krise) besteht, wenn eine erneut auftretende gesundheitliche oder soziale Problematik zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Aktivitäten führt.“</p>

Für den Vorstand des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.

Nils Greve, Vorsitzender

Dr. Michael Konrad

Köln, den 20.10.2017



**Mündliche Stellungnahme zur Ergänzung der schriftlich eingereichten Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Psychiatrische häusliche Krankenpflege am 29.11.2017 durch Steffen Dolinski und Helmut Thiede für den Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.**

<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.</b>	
<b>29.11.2017</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>§4 (2) Wir befürworten den Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG</p> <p>Änderungsvorschlag Satz 2 Von: Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen</p> <p>in: Die psychiatrische Krankenpflege wird als Leistung in der Häuslichkeit und im sozialen Umfeld eines Versicherten erbracht. Dabei ist das soziale Umfeld einzubeziehen.</p>	<p>Ein aktiver Einbezug des sozialen Umfelds trägt maßgeblich zur Genesung bei.</p> <p>Die Isolation in der Häuslichkeit ist häufig das größte Problem von Menschen mit psychischen Erkrankungen. s. auch §4(5)</p>
<p>§4 (5) Satz 1 Änderungsvorschlag</p> <p>Von: Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.</p> <p>In Im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege kann die Anleitung des sozialen Umfelds oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.</p>	<p>Das relevante soziale Bezugssystem umfasst mehr als die Angehörigen.</p>
<p>§4 (6) Satz 4.2</p> <p>Änderungsvorschlag: Von : Dies erfordert eine vorherige</p>	<p>Die Möglichkeit der Verordnung durch Hausarzt*innen gilt es zu stärken. Viele Patient*innen, insbesondere auch im</p>

<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.</b>	
<b>29.11.2017</b>	
Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist.  In: Eine Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete muss in den zurückliegenden 12 Monaten erfolgt sein.	ländlichen Raum, sind sonst nicht zu versorgen.
§4 (6) Satz 4.3 Änderungsvorschlag: Diesen Satz streichen: <del>Der Gesamtverordnungzeitraum kann bei gesicherter Diagnose durch diese Ärzte 6 Wochen überschreiten</del>	Begründung s.o.
§4 (7) Satz2 Wir schließen uns der Stellungnahme von PatV/KBV an	s. Stellungnahme bei "Tragenden Gründen" S. 5 (GAF Skala )
Leistungsverzeichnis Nr. 27 a  Spalte Leistungsbeschreibung  Patv/KBV Die Ergänzungen sind unserer Meinung nach <b>unbedingt</b> einzufügen.  weitere Ergänzung: Die Leistungsabgabe erfolgt in der Regel als Einzelkontakt. In besonderen Situationen sind Kontakte zu zweit möglich und zu begründen.	S. §4(2) wenn nach der GKV gilt: Dass es das Ziel der pHKP ist, dass der oder die Versicherte „sein Leben im Alltag möglichst selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann.“ dann gehören neben der medizinischen auch begleitende und trainierende Maßnahmen in das Leistungsspektrum der pHKP.  Recovery, Empowerment gehören zu den etablierten Verfahren der psychiatrischen Versorgung.  Kontakte zu zweit sind insbesondere bei der Bewältigung von Krisensituationen notwendig.
Leistungsverzeichnis Nr. 27 a  Spalte Dauer und Häufigkeit der Maßnahme Änderungsvorschlag:  Von: Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu	Psychische Erkrankungen haben in der Regel einen sehr wechselhaften Verlauf. Eine Kontingentlösung könnte sich flexibler dem Krankheitsverlauf anpassen. Intensiv in Krisenzeiten, ausschleichend in stabilen Zeiten.  Leistungserbringung in Einzelkontakten, Doppelkontakten und Gruppenangeboten

<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.</b>	
<b>29.11.2017</b>	
<p>begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</p> <p>In. Der Verordnungszeitraum beträgt ein Jahr. Ein Kontingent von bis zu 120 Einheiten kann verordnet werden. Beim Vorliegen besonderer Umstände können mehr als 120 Einheiten verordnet werden. Es ist zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</p>	<p>(recovery, Psychoedukation) sind darin enthalten.</p>
<p>Änderung von Psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>In psychiatrische Krankenpflege im sozialen Lebensumfeld oder alternativ ambulante psychiatrische Krankenpflege</p>	<p>Der Begriff der Häuslichkeit sollte gestrichen zumindest aber (wenn nicht gestrichen) definiert werden, so dass das immer wieder beschriebene Wirken im sozialen Umfeld mit gemeint ist und von allen verstanden wird.</p>



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	
19. Oktober 2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>S. 2, § 4 Abs. 2:</p> <p>Der VDAB unterschützt den nachfolgenden Vorschlag der PatV/KBV/DKG:</p> <p>„(2) In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</p>	<p>Der Vorschlag der PatV/KBV/DKG arbeitet deutlich heraus, dass die psychiatrische HKP einen wichtigen Beitrag zur Besserung der Versicherten leisten kann. Dieser Formulierungsvorschlag ist daher zu begrüßen.</p>
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>S. 2, § 4 Abs. 4</p>	<p>Einen Zeitraum von 14 Tagen bzw. zweimal 14 Tagen halten wir für die Erarbeitung einer Compliance beim Patienten für deutlich zu kurz.</p>
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Streichung des Satzes - S. 3, § 4 Abs. 6:</p> <p>„Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine</p>	<p>Gerade bei psychischen Krankheiten ist ein Zeitraum von sechs Wochen relativ kurz. Allein die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz kann schon diesen Zeitraum beanspruchen. Um einen nachhaltigen Therapieerfolg zu erzielen, sollte die Frist von sechs Wochen auf 12 Wochen ausgeweitet werden.</p>



Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	
<b>19. Oktober 2017</b>	
<p>Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist</p> <p><del>Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten.</del></p>	
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>S. 3, § 4 Abs. 7:</p> <p>Die Heranziehung der GAF-Skala, wie vom GKV-SV und DKG vorgeschlagen, wird abgelehnt.</p>	<p>Die Heranziehung der GAF-Skala kann allenfalls ein Indiz und nicht alleinige Grundlage einer Beurteilung sein. Im Übrigen verweisen wir auf die zutreffenden Anmerkungen der PATV/KBV auf S. 5 der tragenden Gründe zum Beschlussentwurf hin und schließen uns diesen an.</p>
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Leistungsverzeichnis, Auszug Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Leistungsbeschreibung“, S. 5:</p> <p>Die Ergänzungen PatV/KBV</p> <p>„Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.“</p> <p>werden vom VDAB befürwortet.</p>	<p>Die vorgeschlagenen Ergänzungen sind sinnvoll, weil durch sie die Wiederherstellung der Alltagsfähigkeit der Betroffenen mittels der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege weiter unterstützt werden wird.</p>
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Leistungsverzeichnis, Auszug Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkung“, S. 5:</p> <p>Die Formulierung, „Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen“, sehen wir kritisch.</p>	<p>Die Richtlinien nach § 92 SGB V haben den Charakter eines antizipierten Sachverständigengutachtens, weshalb sie gar keinen abschließenden Charakter haben können. Die Einfügung des Wortes „insbesondere“ ist daher dringend geboten.</p>



Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	
<b>19. Oktober 2017</b>	
<p>Sie sollte wie folgt abgeändert werden:</p> <p>„Verordnungsfähig <b>insbesondere</b> bei folgenden Diagnosen“.</p>	
<p>Anderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Leistungsverzeichnis, Auszug Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, S. 5:</p> <p>Der VDAB befürwortet den Vorschlag der KBV/PatV.</p>	<p>Eine Begründung sollte erst ab einem Verordnungszeitraum von mehr als sechs Monaten abgegeben werden müssen. Eine Begründungspflicht, die nach einem kürzeren Zeitraum entstehen würde, schafft nur unnötige Bürokratie und Kosten. Überdies ist es für die Compliance des Patienten überaus günstig, wenn er sich eines gewissen Zeitraumes sicher sein kann, in dem er die Krankenpflege erhält. Im Übrigen schließen wir uns den stichhaltigen Argumenten der KBV/PatV an (vgl. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf, S. 16).</p>
<p>Änderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Leistungsverzeichnis, S. 7:</p> <p>Die Ergänzungen F10-13, F19-22, die durch die PatV vorgeschlagen wurden, werden vom VDAB unterstützt.</p>	<p>Die Ergänzungen sind überzeugend, weil die dort genannten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung zunehmen und daher mitaufgenommen werden sollten.</p>
<p>Anderung im Fließtext der HKP-RL: psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Leistungsverzeichnis, S. 8:</p> <p>Die Ergänzungen F40.0 und F40.1, die durch die PatV vorgeschlagen wurden, werden durch den VDAB unterstützt. Eine zeitliche Einschränkung von maximal sechs Monaten ist nicht notwendig (vgl. Vorschlag KBV).</p>	<p>Die Ergänzungen sind sinnvoll, weil die dort genannten psychischen Erkrankungsformen zugenommen haben und erhebliche negative Auswirkungen, gerade auch auf das Arbeits- und Sozialleben der Betroffenen, haben. Da diese Erkrankungen leider länger anhalten können, ist eine Beschränkung auf einen maximalen Zeitraum nicht zielführend.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

<b>Deutsches Rotes Kreuz</b>	
<b>19.10.2017</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§4 Punkt Absatz 2 Das DRK unterstützt die Sichtweise der KBV/DKV/PatV.	Durch die Formulierung „kann dazu beitragen“ sowie im „Rahmen seiner Möglichkeit“ rücken die Fähigkeiten und die Eigenmotivation der Betroffenen mehr in den Vordergrund.
§ 4 Absatz 5  Die Neuaufnahme des Absatzes wird befürwortet.  §4 Absatz 6  Die Veränderung wird befürwortet.	Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und Angehörigen wird die triadische Grundhaltung mit einbezogen (UN Behindertenkonvention). Damit wird auch die Begegnung auf Augenhöhe von Krankheits-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen möglich. Diese Haltung fördert gegenseitiges Verstehen und Respektieren als grundlegende Haltung.  Die Erweiterung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, welche eine Verordnung ausstellen dürfen, gibt den Versicherten eine größere Chance zeitnah fachärztlich anzubinden und eine psychische Stabilisierung professionell und fachgerecht zu unterstützen. Die Erhöhung der Gesamtverordnungsdauer von 2 auf 6 Wochen entspricht mehr den gegebenen Notwendigkeiten. Eine Anbindung/Terminvereinbarung an einen Facharzt dauert durchschnittlich 2-3 Monate, so dass die Verlängerung eines Verordnungszeitraumes zu einer psychischen Stabilisierung des Betroffenen und einer kontinuierlichen ambulanten Unterstützung beiträgt. Durch die langen Wartezeiten bei Fachärzten haben mehr Versicherte durch die Erweiterung von Arztgruppen, die auch eine Verordnung für die psychiatrische Krankenpflege ausstellen können, die Möglichkeit/Chance eine zeitnahe ambulante Versorgung zu erhalten.
§4 Absatz 7  Die Anwendung der GAF Skala wird grundsätzlich begrüßt.  Da jedoch bislang wenig Praxiserfahrungen in der Anwendung vorliegen, sollte für die Neuanwendung eine Probezeit vereinbart werden, nach der die Erfahrungen evaluiert werden.	Die GAF Skala ermöglicht eine differenziertere Einschätzung der krankheitsbedingten individuellen Handlungs- und Funktionsfähigkeit von Versicherten, die mit der ICD Codierung nicht abgebildet werden kann. Mit dem Einsatz dieses Screening Instrumentes wird eine zusätzliche Hilfestellung für die Ziele und Maßnahmenplanung eingeführt. Außerdem kann der individualisierte Hilfebedarf, wie auch seine Schwankungen, präziser erfasst und abgebildet werden.  Das Instrument wird derzeit nicht oder nur wenig insbesondere von Ärzten in der Praxis angewandt. Daher ist bislang unklar, ob es auf alle Diagnosen angemessen angewandt werden kann. Eine Evaluation wird daher empfohlen.
Leistungsverzeichnis Nr. 27a Spalte Leistungsbeschreibung:  Das DRK befürwortet den Vorschlag von PatV/KBV als neue Leistungen	Das Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang und Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen fördert eine psychische Stabilisierung, da an der Entstehung und Entwicklung einer psychischen Erkrankung persönliche, individuelle, soziale, umweltbedingte Faktoren beteiligt sind, auf die mit dem Training eingewirkt werden kann. Zudem kann individuell stabilisiert

Deutsches Rotes Kreuz	
19.10.2017	
<p>- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung. - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen aufzunehmen.</p>	<p>und psychosozial interveniert werden. Der triadische Ansatz/Haltung wird dadurch wiedergespiegelt.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“</p> <p>Dem Vorschlag KBV/PAT einen Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten (Dauer und Häufigkeit) stimmen wir zu.</p> <p>Wir widersprechen der Einschätzung, dass bei der Diagnose F43.1 eine PHKP bis zu 6 Monaten ausreichend ist.</p>	<p>Wir plädieren für einen Verordnungszeitraum von 6 Monaten mit der Möglichkeit einer Verlängerung, um die Ziele und Maßnahmen dieser Leistung umzusetzen, eine Reduzierung der Fähigkeitsstörungen und eine nachhaltige Wirkung aufrecht zu erhalten.</p> <p>Die Diagnose 43.1 als eine spezifische Form einer Traumafolgestörung erfordern ein multiprofessionelles Behandlungskonzept, so dass auch eine PIA-Anbindung oder auch MVZ häufig eine nicht ausreichende Unterstützung darstellt.</p> <p>Die häufig notwendigen phasenbegleitenden Aspekte einer psychosozialen Reintegration (psychosoziale Unterstützung, Angehörigeneinbeziehung, berufliche Rehabilitation, Alltagsbewältigung, Tages- und Wochenplanung, Sicherstellung ärztlicher Versorgung) stellen typische Inhalte der PHKP dar. Somit ist eine Begrenzung auf dann 6 Monate aus Sicht des DRKs fachlich nicht angemessen.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a Fortsetzung Spalte „Bemerkung“</p> <p>Der Neuaufnahme der vorgeschlagenen Diagnosen: F33.1, F40.0, F40.1, F42.1, F42.2, F43.1, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F60.1, F60.3, F61, F62.0, F62.1 unterstützt das DRK.</p> <p>Die Aufnahme ist sachgerecht und schließt eine Versorgungslücke.</p>	<p>Viele Betroffene können durch ambulante Psychotherapie, MVZ oder Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nicht ausreichend psychisch stabilisiert werden. Die Versorgungsrealität zeigt eine massive Unterversorgung durch ambulante Psychotherapeuten auf. Die PIAs und MVZ versorgen regelhaft nicht aufsuchend, oder haben Notfalldienste. Betroffene, die unter Einbezug der GAF mehrere Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) aufweisen, können ihren Alltag nicht mehr selbstständig koordinieren oder bewältigen, so dass über die Verordnung einer PHKP im häuslichen Bereich und sozialem Umfeld, erste Schritte für eine psychische Stabilisierung durch z.B. Unterstützung in der Alltagsbewältigung, Tages- und Wochengestaltung erzielt werden kann. Mit der Umsetzung einer PHKP können dann erforderliche Folgemaßnahmen, wie die Anbahnung einer Psychotherapie, Anbindung an eine PIA Institution oder MVZ unterstützt und begleitet werden.</p> <p><b>Persönlichkeitsstörungen:</b> Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen werden primär durch Angst, depressive Störungen oder Suchtdiagnosen „systemauffällig“. Eine aufsuchende Hilfe wirkt bei diesen Menschen nicht regressiv, sondern kann in Bezug auf die häufig auftretende Komorbidität erste Schritte zu einer psychischen Stabilisierung führen.</p>



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine  
Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Berlin, den 23.10.2017

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 25.09.2017 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)) bezüglich der „Psychiatrischen häuslichen Krankenpflege“ aufgefordert.

Der § 4 der HKP-RL wird von „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege“ in „Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege“ umbenannt. Als Anlage ist der HKP-RL ein Leistungsverzeichnis angefügt, in Nummer 27a dieses Leistungsverzeichnisses sind die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege aufgeführt. Dementsprechend betreffen die vorgelegten Änderungen § 4 der HKP-RL und Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses.

### Hintergrund der Änderungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde im Juli 2005 vom Bundesgesundheitsministerium um Prüfung der Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) gebeten. Diese Prüfung wurde, auch aufgrund einer mangelnden Datenlage zunächst zurückgestellt. Im Jahr 2015 wurde im Zusammenhang mit den Beratungen der Soziotherapie-Richtlinie eine erneute Literaturrecherche zur pHKP durchgeführt. Da auch diesmal keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden konnten, wurde die pHKP nun auf Grundlage von Experteninterviews überarbeitet. Die Dokumentation der Experteninterviews ist den Unterlagen beigelegt.

### 1. Änderungen § 4 der HKP-RL:

#### *Zielstellung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:*

Im Gegensatz zum GKV-SV, der als Ziel der pHKP definiert, dass „der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag möglichst selbstständig bewältigen und koordinieren (...) kann, wählen KBV, DKG und PatV hier die Formulierung „dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren (...) kann“. Diese Formulierung lässt einen breiteren Spielraum zu, in dem pHKP auf die individuellen Fähigkeiten des Patienten abgestimmt werden kann.

#### *Einschätzung der Behandlungsfähigkeit und Beziehungsaufbau:*

Der maximale Zeitrahmen für die Verordnung einer „probatorischen“ pHKP zur Einschätzung von Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau wurde von zwei auf vier Wochen verlängert.

#### *Verordnungsberechtigte Ärzte:*

Die Facharztbezeichnungen der verordnungsbefähigten Ärzte wurden gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aktualisiert. Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie dürfen fortan, genau wie Hausärzte, nur nach vorheriger Diagnosesicherung durch definierte Fachärzte und nicht länger als über einen Zeitraum von 6 Wochen pHKP verordnen. Neu aufgenommen wurde die Verordnung von Maßnahmen der pHKP durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V.

#### *Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten mittels GAF-Skala:*

Dissens gibt es bezüglich der Verwendung eines Scores (Global Assessment of Functioning Scale (GAF)) zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus. Der GKV-SV und die DKG möchten grundsätzlich für alle im Leistungskatalog gelisteten Diagnosen einen GAF Orientierungswert von 40% (höchstens ≤50%) zur „Bewertung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivitäten“ heranziehen. KBV und Patientenvertretung stimmen dem Heranziehen der GAF-Skala zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivitäten nur zu, wenn Nr. 27a des Leistungskataloges in Ihrem Sinne angepasst wird. Für die bereits gelisteten Diagnosen sei die Schwere der Erkrankung durch die Diagnosen vorgegeben, für diese Diagnosen wird eine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit

higkeit bei Hinzuziehen der GAF-Skala befürchtet. Für die neu einzuführenden Diagnosen sei die Angabe des GAF-Scores erforderlich, da die Angabe der Diagnose alleine keine Behandlungsbedürftigkeit bedeute. In diesem Falle würde der GAF-Score jedoch den jeweiligen Diagnosen zugeordnet werden und nicht pauschal für alle gelisteten Diagnosen gelten.

## **2. Änderungen im Leistungsverzeichnis Nr. 27a:**

### *Änderung der Leistungsbeschreibungen:*

KBV und Patientenvertretung schlagen zwei ergänzende Leistungen vor „Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ und „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.“

### *Änderungen der Diagnoseliste:*

Insbesondere die Patientenvertretung und KBV fordern eine Ausweitung der Diagnoseliste, teilweise gekoppelt an einen GAF-Orientierungswert von 40%.

In den Expertenbefragungen wird deutlich, dass für die Indikationsstellung von pHKP nicht primär die Diagnose, sondern die mit einer Diagnose verbundene Fähigkeitsseinschränkungen entscheidend sind. Die Experten sprechen sich für eine Ausweitung der Diagnoseliste aus, da es im Rahmen vieler psychischer Krankheitsbilder zu einer unterstützungsbedürftigen Fähigkeitsseinschränkung kommen kann, bei der eine stationäre Einweisung vermieden und eine Stabilisierung bewirkt werden kann. Sie weisen außerdem darauf hin, dass das Vorliegen weiterer psychischer oder körperlicher Erkrankungen eine Indikation für pHKP darstellen kann.

Für alle Diagnosen gilt schon nach der bisherigen Richtlinie grundsätzlich, dass pHKP kann nur verordnet werden, wenn „daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maße vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt oder koordiniert werden kann.“ Die Fähigkeitsstörungen werden in 5 Spiegelstrichen näher definiert.

### *Änderung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:*

Hier sprechen sich GKV-SV und DKG, wie gehabt, für einen Verordnungszeitraum von 4 Monaten aus, Verordnungen über diesen Zeitrahmen hinaus müssen, unter Vorlage eines detaillierten Behandlungsplans, begründet werden. Patientenvertretung und KBV möchten den Verordnungszeitraum auf 6 Monate verlängern. Von den Experten wird eine Verlängerung befürwortet.

## **Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

Die Bundesärztekammer begrüßt die seit langem fällige Prüfung und Überarbeitung der Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und auch die pragmatische Entscheidung, den Sachverstand zu psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und psychischen Erkrankungen über Experteninterviews einzuholen.

Grundsätzlich stimmt die Bundesärztekammer den meisten der im Konsens vorgebrachten Entscheidungen des Beschlusses zu.

### **Stellungnahme im Einzelnen:**

#### *Zielstellung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:*

Die Bundesärztekammer befürwortet den von KBV, DKG und Patientenvertretung gewählten Formulierungsvorschlag. Die Zielstellung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sollte individuell auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Patienten abgestimmt sein.

## Stellungnahme der Bundesärztekammer

### *Verordnungsberechtigte Ärzte:*

Die Bundesärztekammer begrüßt die Anpassungen der Facharztbezeichnungen an die Musterweiterbildungsordnung. Allerdings sollte die Verordnung von pHKP auch in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) durch einen Facharzt / eine Fachärztin (Facharztstatus) erfolgen.

### *Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten mittels GAF-Skala:*

Soweit die Vorgabe von Diagnosen generell als sinnvoll erachtet wird (s.u. zu „Änderung der Diagnoseliste“), schließt sich die Bundesärztekammer dem Vorgehen von KBV und Patientenvertretung an, den GAF-Score nur bei den neu hinzuzufügenden Diagnosen zu verwenden, die nicht per se eine psychiatrische häusliche Krankenpflege rechtfertigen, um unnötige Arbeits- und Bürokratieaufwände für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte zu vermeiden.

### *Änderung der Leistungsbeschreibungen:*

Die Bundesärztekammer stimmt den Vorschlägen von KBV und Patientenvertretung zur Ergänzung der Leistungsbeschreibung zu.

### *Änderungen der Diagnoseliste:*

Die Bundesärztekammer gibt zu bedenken, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege die einzige Leistung im Leistungsverzeichnis für häusliche Krankenpflege ist, die spezifische Diagnosen als Voraussetzung für eine Verordnung voraussetzt. Pflegerische Maßnahmen sind jedoch nicht diagnose- sondern funktionsabhängig. Auch in der aktuellen Richtlinie gilt außerdem, dass pHKP nur verordnet werden darf, wenn definierte Fähigkeitsstörungen vorliegen.

Die Bundesärztekammer vertritt daher die Ansicht, dass grundsätzlich bei allen F-Diagnosen pHKP indiziert sein kann, wenn die genannten Bedingungen einer Fähigkeitsstörung vorliegen; in diesem Falle wäre dann auch die Hinzuziehung des GAF-Scores zur weiteren Eingrenzung einer verordnungsfähigen Fähigkeitsstörung sinnvoll.

Außerdem sollte pHKP auch bei Vorliegen einer Kombinationen mit jeweils mindestens einer anderen psychischen oder somatischen Diagnose verordnet werden, wenn diese Komorbiditäten gemeinsam zu einem relevanten Funktionsdefizit führen, bei dem pHKP hilfreich sein könnte.

### *Änderung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:*

Die Bundesärztekammer stimmt einer Verlängerung des Ordnungszeitraumes auf 6 Monate im Sinne eines Bürokratieabbaus für die betroffenen Ärzte zu.

Berlin, 23.10.2017



i.A. Dr. med. Julia Searle, MPH  
Referentin Dezernat 1

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST)	
20.10.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die ZWST schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b> , dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und er/sie in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben
Die ZWST schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4, Absatz 2 (neu) an: „(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) / <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbständig (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“	Hier werden von der G-KV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit einem hohen Grad an Selbständigkeit interpretieren. Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ der PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, der deutlich auf die Wahrnehmung und Förderung der individuellen Ressourcen zielt, ist der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG aus Sicht der ZWST besser geeignet, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.
§ 4, Absatz 4 (neu): Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tage – so der verordnende Arzt / die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten	



<b>Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST)</b>	
<b>20.10.2017</b>	
<p>Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst.</p> <p>Auch die in Satz 4 genannte Möglichkeit für eine Folgeverordnung ist aus Sicht der ZWST positiv zu bewerten.</p>	
<p>§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V.</p> <p>Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.</p>	<p>In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.</p>
<p>§ 4 Absatz 7, Satz 2 (neu): Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird von der ZWST abgelehnt.</p>	<p>Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird.</p> <p>Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet: „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“.</p> <p>Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird.</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die KBV/PatV ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamteinschätzung durch den Facharzt / die Fachärztin richten.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Die ZWST schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch</p>	<p>Beide Leistungen tragen wesentlich dazu bei, dass der/die Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er/sie sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von</p>



Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST)	
20.10.2017	
die PatV/KBV an.	<p>herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umzugehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass der/die Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung seines /ihres psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden.</p> <p>Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.</p>
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: Eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird von der ZWST abgelehnt.	<p>Die Begrenzung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischem Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u.U. bei dem/der Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.</p> <p>Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht der ZWST generell nicht sinnvoll.</p> <p>Wenn dennoch eine Begrenzung vorgenommen wird, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.</p>
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, KBV/PatV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“  Aus Sicht der ZWST kann auf dies Ergänzung verzichtet werden.	<p>s. o – Eine starre Begrenzung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.</p>
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Die ZWST schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F.10 – F. 19)</li> <li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F.23)</li> <li>• Phobische Störungen (F40.)</li> <li>• Zwangsstörung (F.42)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F.43.1)</li> <li>• Essstörungen (F.50)</li> <li>• und Persönlichkeitsstörungen (F.60; F.61)</li> <li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li> </ul>



Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST)

20.10.2017

muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass der /die Versicherte in die Lage versetzt wird, sein/ihr Leben im Alltag im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).

Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u.a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtureffekte“ vermieden werden.

Insbesondere eine Ergänzung der Diagnosen um Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) ist aus Sicht der ZWST angezeigt, da dadurch der Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert wird. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.

Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP)**

Bundespsychotherapeutenkammer	
23.10.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 4 Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege</p> <p>...</p> <p>PatV/KBV/DKG</p> <p>(2) In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege <b>dazu beizutragen</b>, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im <b>Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.</p>	<p>Die BPTK stimmt dem Formulierungsvorschlag zu § 4 (2) von PatV/KBV/DKG zu.</p> <p>In dieser Formulierung kommt zum einen deutlicher zum Ausdruck, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege (nur) ein Baustein neben anderen wie bspw. der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist bzw. sein kann. Zum anderen wird durch den Einschub „im Rahmen seiner Möglichkeiten“ klargestellt, dass der Grad der Selbstständigkeit, der durch die pHKP erreicht werden soll, immer unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten des Patienten und nicht losgelöst von diesen beurteilt werden muss.</p>
<p>§ 4</p> <p>...</p> <p>(7) ...</p> <p>GKV-SV/DKG</p> <p>Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen der Aktivitäten soll die GAF Skala herangezogen werden. Orientierungswert ist 40 (höchstens ≤ 50).</p>	<p>Die BPTK stimmt dem Vorschlag von GKV-SV und DKG zu, die Einschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung mittels der GAF-Skala <u>grundsätzlich</u> als zusätzliches Kriterium neben der Diagnose und der Gesamteinschätzung durch den Facharzt für die Verordnung von pHKP hinzuziehen. Entscheidend für eine Indikation zur pHKP ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen bzw. der Funktionseinschränkungen aufgrund einer psychischen Erkrankung. Der Grad der Beeinträchtigung sollte deshalb im Vordergrund der Indikationsstellung stehen.</p> <p>Aus diesem Grund plädiert die BPTK gleichzeitig dafür, dass die pHKP bei allen psychischen Erkrankungen verordnet werden kann bzw. keine Diagnosen des Kapitels V der ICD-10 grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit auszuschließen. Schwere Funktionseinschränkungen können in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Komorbiditäten oder psychosozialen Belastungsfaktoren bei jeder psychischen Erkrankung auftreten und eine Verordnung von pHKP begründen. Es ist daher sinnvoll, nicht die Diagnose als maßgebliches Kriterium für die Indikationsstellung zur psychiatrischen Krankenpflege zu definieren, sondern hierbei analog zur Soziotherapie-Richtlinie insbesondere das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivitäten zu berücksichtigen. Beide Leistungen – Soziotherapie und pHKP – richten sich im Wesentlichen an die gleiche Patientengruppe: Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung schwer beeinträchtigt sind. Deshalb erscheint es sinnvoll, beide Richtlinien in Bezug auf die Indikationskriterien aneinander anzugleichen.</p>



Bundespsychotherapeutenkammer	
23.10.2017	
	<p>Falls der G-BA den Vorschlag nicht aufgreifen sollte, dass pHKP grundsätzlich bei allen psychischen Diagnosen verordnungsfähig ist, wenn ein bestimmter Schweregrad der Beeinträchtigungen in den Aktivitäten vorliegt, spricht sich die BPTK dafür aus, analog zur Soziotherapie-Richtlinie zwischen „Regelindikationen“ und „begründeten Einzelfällen“ zu unterscheiden, in denen pHKP verordnet werden kann. Dabei könnte eine Verordnung als Regelleistung bei den psychischen Erkrankungen vorgesehen werden, die regelhaft zu starken Beeinträchtigungen führen (insbesondere bei demenziellen Erkrankungen, schizophrenen Erkrankungen und affektiven Erkrankungen mit psychotischen Symptomen) und zugleich eine Schwere der Beeinträchtigung mit einem GAF-Wert von <math>\leq 50</math> vorliegt. Bei allen anderen psychischen Erkrankungen sollte pHKP zumindest als „begründeter Einzelfall“ verordnungsfähig sein, wenn eine besonders schwere Beeinträchtigung vorliegt (insbesondere GAF-Wert <math>\leq 40</math> sowie weitere Kriterien).</p> <p>Die grundsätzliche Anwendung der GAF-Skala scheint auch sinnvoll, um die Verordnungspraxis hinsichtlich der für die Verordnung zu beachtenden Punkte möglichst zu vereinheitlichen und damit die konkrete Umsetzung in der Versorgungspraxis zu erleichtern. Ein Herausgreifen einzelner Diagnosen, bei denen die GAF-Skala zusätzlich einzusetzen ist, würde die Verordnung unübersichtlich und unnötig kompliziert machen.</p>
Auszug Leistungsverzeichnis Nr. 27a	
Spalte Leistungsbeschreibung: (PatV/KBV) - <b>Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung</b> <b>Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen</b>	<p>Die BPTK stimmt dem Vorschlag von PatV und KBV zu, die Leistungen der pHKP um die Punkte „Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ sowie „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“ zu ergänzen.</p> <p>Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“<sup>1</sup> empfiehlt mit hohem Empfehlungsgraden eine multiprofessionelle, aufsuchende Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen, sowohl in akuten Krankheitsphasen und Krisen als auch darüber hinaus (siehe auch Empfehlungen Nummer 4 - 10, S. 16/17). Während entsprechende Ansätze in anderen Ländern bereits regelhaft angeboten werden (z. B. Niederlande, England), ist eine Umsetzung in Deutschland bisher vor allem im Rahmen von Selektivverträgen gelungen. Ziele dieser Versorgungsangebote sind u. a. eine die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung fördernde Behandlung sowie eine besser aufeinander abgestimmte und vernetzte Versorgung der Patienten. Psychiatrische Krankenpflege ist fester Bestandteil dieser Versorgungsnetze und übernimmt neben den kompensatorischen Hilfen, wichtige co-therapeutische Aufgaben zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung sowie zur Koordinierung der Versorgung. Diese Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenpflege sollte sich deshalb auch in den Leistungsinhalten der pHKP wiederfinden. Dabei besteht zwar eine inhaltliche Nähe zu den Leistungen der Soziotherapie,</p>

<sup>1</sup> DGPPN (Hrsg.), S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Springer Verlag, 2013.



<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
<b>23.10.2017</b>	
	<p>dies führt aber aus Sicht der BPTK in der Praxis nicht zu Leistungsüberschneidungen, da bei gleichzeitiger Verordnung von Soziotherapie und pHKP im Behandlungsplan darzulegen bzw. abzugrenzen ist, welche konkreten Leistungen im Rahmen der Soziotherapie und welche im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erbracht werden.</p> <p>Darüber hinaus ist aus verschiedenen Gründen bisher kein flächendeckendes Versorgungsangebot mit Soziotherapie entstanden, weshalb in vielen Regionen ausschließlich psychiatrische häusliche Krankenpflege verfügbar ist. Auch aus diesem Grund erscheint es deshalb sinnvoll, die Leistungen der pHKP um die genannten Ziele zu ergänzen. Dies könnte dazu beitragen, die aufsuchende, multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – wie sie in Leitlinien empfohlen wird – zu verbessern.</p>
<p>Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen“</p> <p><b>KBV/PatV:</b> Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als <b>6 Monaten</b> erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</p> <p><b>Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (siehe F40.0, F40.1 und F43.1 in der Spalte „Bemerkung“) ist ein längerer als der o. g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben</b></p>	<p>Eine evidenzbasierte Festlegung des Verordnungszeitraums pHKP ist nicht möglich. Somit ist jede Festlegung letztlich normativ und in gewisser Weise willkürlich. Aus fachlichen Erwägungen und aufgrund praktischer Erfahrungen – siehe Protokoll der Expertenanhörung – scheint eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate jedoch nicht sinnvoll. Die BPTK schließt sich deshalb dem Votum der PatV/KBV und der Experten an, eine Verordnung von pHKP über 6 Monate regelhaft zu ermöglichen.</p> <p>Der Hinweis, dass bei bestimmten Indikationen – hier insbesondere F40.0, F40.1 und F43.1 – ein längerer Verordnungszeitraum als 6 Monate in der Regel nicht gegeben ist, erscheint aus Sicht der BPTK willkürlich. Zwar ist es richtig, dass es sich bei Agoraphobien (F40.0), sozialen Phobien (F40.1) sowie Posttraumatischen Belastungsstörungen (F43.1) um Erkrankungen handelt, die vornehmlich psychotherapeutisch zu behandeln sind. Die BPTK sieht jedoch kein spezifisches Risiko für eine iatrogene Chronifizierung aufgrund der Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, insbesondere bei der relevanten Patientengruppe mit schweren Beeinträchtigungen der Aktivitäten. Bei der Verordnung und Durchführung von pHKP ist grundsätzlich darauf zu achten, dass eine iatrogene Chronifizierung vermieden wird. Dies liegt jedoch vornehmlich in der fachlichen Verantwortung der verordnenden Fachärzte sowie der psychiatrischen Pflegepersonen und kann in der Richtlinie nicht auf einzelne Diagnosen reduziert werden.</p>
<p><b>Spalte „Bemerkung“</b> <b>Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen</b></p> <p>Wie bereits oben ausgeführt pläciert die BPTK dafür, keine Erkrankungs- oder Diagnosegruppen grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit der pHKP auszuschließen und den Grad der Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung als maßgeblich für die Indikationsstellung festzulegen. Dieser sollte grundsätzlich auch über eine Einschätzung auf der GAF-Skala dokumentiert werden.</p> <p>Im Weiteren werden deshalb bei den einzelnen aufgeführten Diagnosen oder Diagnosegruppen, bei denen Dissens bezüglich ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog besteht, nur solche Aspekte ergänzt, die in der Stellungnahme der BPTK bisher noch nicht ausgeführt wurden bzw. die den in den Tragenden Gründen aufgeführten Argumenten für oder gegen die Aufnahme einzelner Diagnosen/Diagnosegruppen etwas hinzufügen oder zu entgegnen haben.</p>	



Bundespsychotherapeutenkammer	
23.10.2017	
<b>PatV F10 - F19 Suchterkrankungen</b>	<p>Auch wenn in Deutschland ein (historisch gewachsenes) und sehr differenziertes Suchthilfesystem besteht, gibt es erhebliche Versorgungsdefizite in dieser Patientengruppe. So findet bspw. nur ein kleiner Teil der Menschen mit alkoholbezogenen Problemen bzw. einer Alkoholabhängigkeit ohne Umwege und zeitnah Zugang zum suchtspezifischen Versorgungssystem.<sup>2</sup> Eine Vielzahl der Menschen mit Alkoholproblemen nimmt das medizinische Versorgungssystem zwar in Anspruch, allerdings geschieht dies in der Regel wegen der gravierenden gesundheitlichen Folgeschäden, alkoholassoziierten Störungen oder auch anderen medizinischen Problemen und selten wegen des Alkoholproblems selbst. In der S3-Leitlinie wird deshalb auch eine bessere Verzahnung des akutmedizinischen Bereichs mit der Suchtkrankenhilfe gefordert. Ein besonderes Problem stellt hierbei bspw. der Übergang von der stationären Entgiftung in die Entwöhnungsbehandlung dar. Infolge der getrennten Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung kommt es zu langen Wartezeiten zwischen Entzug und Entwöhnung und damit häufig zu Behandlungsabbrüchen. Nach Schätzungen erhalten innerhalb eines Jahres etwa 13 Prozent der Alkoholabhängigen eine stationäre Entgiftung. Nur 7 Prozent – das heißt nur halb so viele – nehmen eine stationäre Entwöhnung in Anspruch.<sup>3</sup> Die pHKP könnte hier bei entsprechender Indikation deshalb als Bindeglied zwischen beiden Behandlungssystemen fungieren. Darüber hinaus sind die Angebote der Suchthilfe fast immer als „Komm-Struktur“ angelegt, d. h., die Betroffenen müssen sich aktiv um Hilfe bemühen. Für schwer Suchtkranke ist dies häufig eine zu hohe Hürde. Auch hier könnte die pHKP zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung und -bewältigung sowie zur Motivierung der Inanspruchnahme des Suchthilfesystems tätig werden. Dies gilt in gleichem Maße für alle weiteren substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen.</p>
<b>PatV/KBV/DKG F23: Akute vorübergehende psychotische Störungen</b>	<p>Die BpTK schließt sich den Argumenten von PatV, KBV und DKG an, dass in der Versorgung bereits heute Patienten mit dieser Diagnose mit pHKP versorgt werden und durch die Aufnahme dieser Diagnose in den Leistungskatalog lediglich eine Anpassung an den „Versorgungsalltag“ erfolgt.</p> <p>Zudem unterstützt die Verordnung von pHKP bei vorübergehenden psychotischen Erkrankungen eine ambulante Versorgung dieser Patientengruppe und hilft damit, unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Dies entspricht auch den Leitlinienempfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die in Krisen und akuten Krankheitsphasen eine multiprofessionelle, aufsuchende Behandlung empfiehlt (siehe oben).</p>

<sup>2</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg.), S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001, <http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinie/> (Zugriff am 18.10.2017).

<sup>3</sup> Comes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Prontek, D. (2013). Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. Sucht, 59(8), 355-366.



Bundespsychotherapeutenkammer	
23.10.2017	
F31. Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bis F31.9	Die BPTK spricht sich für den Vorschlag der PatV aus, dass die pHKP bei Patienten mit einer aktuell remittierten bipolaren affektiven Störung zumindest in den ersten sechs Monaten der vollständigen Remission zur weiteren Stabilisierung des Patienten verordnet werden kann. Grundsätzlich vertritt die BPTK die Auffassung, dass über das Indikationskriterium eines GAF-Wertes von maximal bis zu 50 eine hinreichende Eingrenzung der Patientenpopulation auf Menschen mit schweren Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Störungen erreicht wird. Die Definition von Ausschlussdiagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10 erscheint somit obsolet.
PatV/KBV F40.0 Agoraphobie F40.1 Soziale Phobie	<p>Der GKV-SV argumentiert in den Tragenden Gründen, dass bei diesen psychischen Erkrankungen Psychotherapie indiziert sei und die Versorgung deshalb zum einen durch niedergelassene Psychotherapeuten und zum anderen multiprofessionell durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sichergestellt werde – und deshalb grundsätzlich keine Notwendigkeit für pHKP bestehe würde. Diese Begründung eines Leistungsausschlusses bei diesen Diagnosen ist aus Sicht der BPTK nicht nachvollziehbar.</p> <p>Bei Psychotherapie und pHKP handelt es sich um grundsätzlich voneinander zu unterscheidende Leistungen, die vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen fachlichen Qualifikation mit unterschiedlichen Zielen erbracht werden. Während der Schwerpunkt der Psychotherapie auf der Behandlung der psychischen Erkrankung an sich liegt, ist das Ziel der pHKP, bei der Bewältigung der Beeinträchtigungen durch die Erkrankung im Alltag zu unterstützen, diese zu verringern und hierdurch gegebenenfalls den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erst zu ermöglichen. Psychotherapie und pHKP ergänzen sich in ihren Leistungen deshalb gegenseitig und schließen sich nicht aus, wie es auch in der Expertenanhörung ausgeführt wurde.</p> <p>Auch der Hinweis auf das Versorgungsangebot der PIA begründet aus Sicht der BPTK nicht den grundsätzlichen Ausschluss dieser psychischen Erkrankungen von der Verordnung der pHKP. Zum einen gilt auch für zahlreiche weitere psychische Erkrankungen, wie z. B. der Schizophrenie, dass sie eine Indikation für Psychotherapie sind und für diese Patienten auch Versorgungsangebote der PIA zur Verfügung stehen. Dies stellt deshalb kein Argument dar, die erforderliche komplexe Versorgung nicht auch in der regulären vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung anzubieten. Zum anderen unterscheiden sich die PIA sowohl hinsichtlich ihres Leistungsspektrums als auch ihres Personalportfolios erheblich voneinander. In welchem Umfang Leistungen der psychiatrischen Pflege zu den Angeboten der PIA zählen, variiert stark. Während in manchen PIA Leistungen der Berufsgruppe der Pflege bis zu 50 Prozent ausmachen, sind dies in anderen PIA lediglich 11 Prozent.<sup>4</sup> Zudem gehört eine aufsuchende</p>

<sup>4</sup> Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 2012, 3. Thüringer Psychiatriebericht, 17 PIA in Thüringen; Wedegärtner, F., Wedegärtner, C., Möller-Thomsen, T. & Bleich, S. (2009). Wer erhält wie viel Versorgung in der Institutsambulanz und warum? Psychiatrische Praxis, 36, 338-344.; Kinzel, U., Spengler, A. & Weig, W. (2006). Das klinische Leistungsprofil psychiatrischer Institutsambulanzen in Niedersachsen. Krankenhauspsy-



Bundespsychotherapeutenkammer	
23.10.2017	
	<p>Behandlung nur bei wenigen PIA zum Leistungsangebot und kann in der Regel nur im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V oder Selektivverträgen umgesetzt werden. PIA können deshalb nur in geringem Umfang, wenn überhaupt, Aufgaben der pHKP übernehmen.</p> <p>Bei entsprechender Indikation, d. h., einer erheblichen Beeinträchtigung aufgrund der psychischen Erkrankung, die u. a. über eine Einstufung der GAF-Skala eingeschätzt und dokumentiert wird, sollte deshalb auch bei diesen Diagnosen eine pHKP verordnet werden können.</p>
<p>ParV/KBV/DKG F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</p>	<p>Der GKV-SV argumentiert in den Tragenden Gründen, dass bei dieser psychischen Erkrankung Psychotherapie indiziert sei und die Versorgung deshalb zum einen durch niedergelassene Psychotherapeuten und zum anderen multiprofessionell durch die PIA sichergestellt werde – und deshalb grundsätzlich keine Notwendigkeit für pHKP bestehen würde. Diese Begründung eines Leistungsausschlusses bei dieser Diagnose ist aus Sicht der BPTK nicht nachvollziehbar.</p> <p>Bei Psychotherapie und pHKP handelt es sich um grundsätzlich voneinander zu unterscheidende Leistungen, die vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen fachlichen Qualifikation mit unterschiedlichen Zielen erbracht werden. Während der Schwerpunkt der Psychotherapie auf der Behandlung der psychischen Erkrankung an sich liegt, ist das Ziel der pHKP bei der Bewältigung der Beeinträchtigungen durch die Erkrankung im Alltag zu unterstützen, diese zu verringern und hierdurch gegebenenfalls den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erst zu ermöglichen. Psychotherapie und pHKP ergänzen sich in ihren Leistungen deshalb gegenseitig und schließen sich nicht aus, wie es auch in der Expertenanhörung ausgeführt wurde.</p> <p>Auch der Hinweis auf das Versorgungsangebot der PIA begründet aus Sicht der BPTK nicht den grundsätzlichen Ausschluss dieser psychischen Erkrankung von der Verordnung der pHKP. Zum einen gilt auch für zahlreiche weitere psychische Erkrankungen, wie z. B. der Schizophrenie, dass sie eine Indikation für Psychotherapie sind und für diese Patienten auch Versorgungsangebote der PIA zur Verfügung stehen. Dies stellt deshalb kein Argument dar, die erforderliche komplexe Versorgung nicht auch in der regulären vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung anzubieten. Zum anderen unterscheiden sich die PIA sowohl hinsichtlich ihres Leistungsspektrums als auch ihres Personalportfolios erheblich voneinander. In welchem Umfang Leistungen der psychiatrischen Pflege zu den Angeboten der PIA zählen, variiert stark. Während in manchen PIA Leistungen der Berufsgruppe der Pflege bis zu 50 Prozent ausmachen, sind dies in anderen PIA lediglich 11 Prozent. Zudem gehört eine aufsuchende Behandlung nur bei wenigen PIA zum Leistungsangebot und kann in der Regel nur</p>

chiatric, 17, 79-83.; Melchinger, H. (2006). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrufbar unter: [http://dgsps-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger\\_KBV\\_Gutachten.pdf](http://dgsps-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf).



<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
<b>23.10.2017</b>	
	<p>im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V oder Selektivverträgen umgesetzt werden. PIA können deshalb nur in geringem Umfang, wenn überhaupt, Aufgaben der pHKP übernehmen.</p> <p>Bei entsprechender Indikation, d. h., einer erheblichen Beeinträchtigung aufgrund der psychischen Erkrankung, die u. a. über eine Einstufung der GAF-Skala eingeschätzt und dokumentiert wird, sollte deshalb auch bei diesen Diagnosen eine pHKP verordnet werden können.</p>
<p>PatV/KBV/DKG F50.0 Anorexia nervosa F50.1 Atypische Anorexia nervosa</p> <p>PatV zusätzlich F50.2 Bulimia nervosa F50.3 Atypische Bulimia nervosa</p>	<p>Auch an dieser Stelle begründet der Verweis des GKV-SV, dass eine multiprofessionelle einschließlich einer aufsuchenden Versorgung durch die PIA sichergestellt werden könne, nicht die Herausnahme dieser Diagnosegruppe aus dem Leistungskatalog der pHKP (siehe oben).</p> <p>Die BpTK schließt sich zudem dem Votum der PatV an, bei entsprechender Indikation pHKP auch bei Patienten mit Bulimia nervosa verordnen zu können. Es bestehen keine fachlichen Gründe, schwere bulimische Erkrankungen, die mit erheblichen Beeinträchtigungen einhergehen, auszuschließen (siehe oben).</p>
<p>PatV/KBV F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung</p>	<p>An dieser Stelle schließt sich die BpTK dem Votum des GKV-SV an, außer der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) keine weiteren Diagnosen aus dem Kapitel F6 als Regelindikationen aufzunehmen.</p>
<p>PatV/KBV/DKG F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen</p>	<p>Der Hinweis auf Psychotherapie als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen – siehe weiter oben – begründet jedoch nicht den grundsätzlichen Ausschluss dieser Diagnosen.</p>
<p>PatV/KBV/DKG F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung</p>	<p>Aufgrund der sozialen Funktionseinschränkungen und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen treten häufig psychische Komorbiditäten auf – z. B. Suchterkrankungen, depressive und Angsterkrankungen – die ihrerseits wieder zu so starken Funktionseinschränkungen führen können, dass eine pHKP indiziert sein könnte. Diese Fälle müssten deshalb über die anderen Indikationen der pHKP-Richtlinie abgedeckt sein.</p>
<p>PatV andere Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Diagnosen</p>	<p>Die BpTK hat bereits dargelegt, dass sie es für grundsätzlich sinnvoll hält, den Grad der Beeinträchtigung als maßgeblich für die Verordnung von pHKP festzulegen und die pHKP-Richtlinie und die Soziotherapie-Richtlinie in Bezug auf die Indikationsstellung aneinander anzugleichen. Vor diesem Hintergrund plädiert die BpTK auch dafür, dass bei entsprechender Indikation bei jeder Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD-10 die Verordnung von pHKP möglich sein sollte. Eine Öffnungsklausel an dieser Stelle wäre deshalb verzichtbar, wenn bereits an anderer Stelle eine entsprechende Klarstellung erfolgen würde. Sollte es in der pHKP-Richtlinie dabei bleiben, dass zwar neue Diagnosegruppen in den Leistungskatalog eingeschlossen werden, bei bestimmten Diagnosen oder Diagnosegruppen aber weiterhin eine Verordnung von pHKP ausgeschlossen ist, schließt sich die BpTK dem Votum der PatV an, die Öffnungsklausel an dieser Stelle aufzunehmen und eine Verordnung unter bestimmten u. U. engeren Voraussetzungen (weitere</p>



Bundespsychotherapeutenkammer	
23.10.2017	
	<p>Komorbiditäten, besonders schwerer Grad der Beeinträchtigung) zu ermöglichen.</p> <p>Auch an dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der Argumentation des GKV-SV, dass eine Öffnungsklausel nicht erforderlich sei, da bei vielen Diagnosen der ICD-10 Psychotherapie das Mittel der ersten Wahl und durch pHKP nicht zu ersetzen sei, fachlich nicht nachvollzogen werden kann. Weder umfasst das Kompetenz- und Aufgabenfeld der psychiatrischen Pflege psychotherapeutische Leistungen, noch kann es diese ersetzen. Psychotherapie kann aber durch pHKP sinnvoll ergänzt werden.</p>
<p>wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt oder koordiniert werden kann (vgl. Anwendung der GAF-Skala in § 4 Absatz 7 Satz 2):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Störungen des Antriebs oder der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs,</li><li>- Einbußen bei der Kontaktfähigkeit,</li><li>- den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken,</li><li>- dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik <b>oder</b></li><li>- dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen</li></ul>	<p>Die BPTk stimmt dem Hinweis auf die Anwendung der GAF-Skala zu (siehe oben: grundsätzlicher Einsatz der GAF-Skala).</p> <p>Das „oder“ ist aus Sicht der BPTk an dieser Stelle verzichtbar, da es bereits im ersten Absatz („wenn daraus resultierend ...“) heißt, dass <b>eine oder mehrere</b> der im Weiteren dann bei den Spiegelstrichen aufgeführten Beeinträchtigungen vorliegen muss.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

<p><b>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V.</b>  <b>Alt-Moabit 91</b>  <b>10559 Berlin</b>  <b>Fon 030-219157-0</b>  <b>Fax 030-219157-77</b>  <b>E-Mail <a href="mailto:dbfk@dbfk.de">dbfk@dbfk.de</a></b>  <b>Homepage <a href="http://www.dbfk.de">www.dbfk.de</a></b></p>	
<p><b>23.Oktober 2017</b></p>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Anlage 1 l) 2c) § 4 Abs. 2</p> <p>Der DBfK stimmt dem Vorschlag von PatV, KBV und DKG zu.</p>	<p>Die Formulierungen der genannten Parteien konkretisieren den Beitrag, den die psychiatrische häusliche Krankenpflege bei der Versorgung der Versicherten leisten kann. Aus Sicht des DBfK kann es hierbei nur um eine Tätigkeit innerhalb des in Abs. 5 genannten psychiatrischen Verbunds gehen. Der Behandlungserfolg und auch die Behandlungsfähigkeit stützen sich aus unserer Sicht auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, nicht allein auf die psychiatrische häusliche Krankenpflege. Dieser Aspekt wird in der Formulierung des GKV-SV nicht deutlich genug.</p>
<p>Anlage 1 l) 2g) § 4 Abs. 5</p> <p>Änderungsvorschlag: Der DBfK schlägt vor folgenden Satz nach Satz 1 einzufügen:</p> <p>Eine Anleitung von Angehörigen kann auch ohne Anwesenheit des Versicherten erfolgen, wenn dadurch eine weitere positive Beeinflussung des Behandlungsverlaufs ermöglicht wird.</p>	<p>Wir bitten um eine Konkretisierung hinsichtlich der Anleitung von Angehörigen. Vor allem in der psychiatrischen Hauskrankenpflege sehen wir einen Anleitungsbedarf auch ohne den direkten Kontakt zum Versicherten, bspw. in der Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen. Es handelt sich hierbei häufig nicht um eine Anleitung zu Übernahmen oder Unterstützungen in körperbezogenen Pflegetätigkeiten sondern auch um eine Anleitung zur Kommunikation und zum Umgang mit dem Versicherten. Aus Sicht des DBfK bedarf es hier auch der Möglichkeit einer Refinanzierung der erbrachten Leistungen.</p>
<p>Anlage 1 l) 2h) § 4 Abs. 6</p> <p>Der DBfK möchte an dieser Stelle explizit darauf hinweisen, dass die Einfügung „Der Gesamtverordnungszeitraum</p>	<p>Die fachärztliche Versorgungslage ist vor allem in den ländlichen Gebieten nicht ausreichend. Unter dem Aspekt neue Diagnosestellungen in die Verordnungsfähigkeit aufzunehmen (was der DBfK explizit befürwortet), wird die Versorgungslage weiter</p>



<b>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V.</b> <b>Alt-Moabit 91</b> <b>10559 Berlin</b> <b>Fon 030-219157-0</b> <b>Fax 030-219157-77</b> <b>E-Mail dbfk@dbfk.de</b> <b>Homepage www.dbfk.de</b>	
<b>23.Oktober 2017</b>	
durch diese Ärzte [Anm.: gemeint sind die Hausärzte] sollte 6 Wochen nicht überschreiten“ nicht mit Restriktionen einhergehen darf, sollte dies doch der Fall sein.	verschärfen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt nehmen einige psychiatrische Institutsambulanzen keinen neuen Klienten mehr auf und Fachärzte haben keinerlei Kapazitäten mehr. Eine Verordnungsfähigkeit muss aus unserer Sicht daher weiterhin ohne eine zeitliche Begrenzung auch durch den Hausarzt möglich sein oder eine Restriktion durch den Kostenträger bei einer längeren Verordnungsdauer für alle an der Versorgung Beteiligten ausgeschlossen werden.
<b>Anlage 1</b> II) 2.)  Der DBfK befürwortet die Vorschläge der PatV, ggf. in Einvernehmen mit weiteren beteiligten Organisationen ausdrücklich. Der DBfK schlägt darüber hinaus vor, die Verordnungsfähigkeit um folgende Diagnosestellungen zu ergänzen:  F28. – sonstige nicht organische psychische Störungen  F29. – nicht näher bezeichnete nicht organische Psychose  F43.2 Reaktion auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen  F53.1 - schwere psychische Verhaltensstörung im Wochenbett  F63 - abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	Die Begründungen, die Leistungserweiterungen nicht zu unterstützen, ließe sich auf alle Diagnosen übertragen: es gibt Tagesstätten, Anlaufstellen für psychisch kranke Menschen, ambulant betreutes Wohnen, Leistungen des SGB XI u.v.m. Es stellt sich jedoch unweigerlich die Frage ob die erkrankten Menschen dazu in der Lage sind diese Angebote zu sondieren, Entscheidungen zu treffen und die notwendigen Angelegenheiten zu regeln. Ziel muss es sein, die Anzahl stationärer Aufenthalte zu minimieren respektive die Verweildauer zu verringern. Einer Ergänzung der aufgeführten Vorschläge der PatV und auch des DBfK erachten wir daher als maßgeblich. Darüber hinaus möchten wir nochmals auf die begrenzten Kapazitäten anderer Settings hinweisen. Der Betroffene benötigt u.U. sofort nach der Entlassung aus dem stationären Setting Unterstützung, was bereits jetzt nicht immer gewährleistet werden kann.  Explizit zur Nicht-Aufnahme von Persönlichkeitsstörungen: Der GKV-SV begründet dies in Anlage 2 auf S. 15 damit, „dass pHKP bei vielen Diagnosen des Kapitels F6 der ICD-10 zu einer regressiven Entwicklung des Gesundheitszustandes führen könne“. Belastbare Fakten, bspw. wie häufig dies der Fall ist, liegen jedoch nicht vor. Die Formulierung des GKV-SV lässt eindeutig schließen, dass es ebenso nicht zu einer regressiven Entwicklung kommen kann. Im Zweifel werden an dieser Stelle vielen Betroffenen Leistungen verwehrt, die diese dringend benötigen – und dies allein aufgrund einer einzelnen Aussage in einer Expertenbefragung.



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V.**

**Alt-Moabit 91**

**10559 Berlin**

**Fon 030-219157-0**

**Fax 030-219157-77**

**E-Mail [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de)**

**Homepage [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)**

**23.Oktober 2017**

Anlage 1  
(I) 3.)

Der DBfK stimmt dem  
Vorschlag zu, den  
Verordnungszeitraum auf 6  
Monate auszudehnen.

Darüber hinaus sehen wir die  
Einfügung des letzten Satzes  
als obsolet an.

Je nach Erkrankung bedarf es eines deutlich längeren Zeitraums um  
eine Beziehung aufzubauen, die eine erfolgreiche Behandlung  
ermöglicht.

Bereits in den verordnungsfähigen Diagnosen ist klargelegt, dass  
bestimmte Diagnosen nicht länger als 6 Monate verordnungsfähig sind.  
Der hier eingefügte Satz birgt Unsicherheiten durch die Formulierung  
„in der Regel“. Optional bitten wir darum die Dauer der  
Verordnungsfähigkeit unter 2.o) und 2.q) zu streichen.



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.	
23. Oktober 2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Der Deutsche Caritasverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b> , dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und er/sie in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben
Der Deutsche Caritasverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4, Absatz 2 (neu) an: „(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) / <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbständig (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“	Hier werden von der G-KV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit dem Ziel der Selbständigkeit interpretieren. Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ der PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, der deutlich auf die Wahrnehmung und Förderung der individuellen Ressourcen zielt, ist der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes besser geeignet, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.
§ 4, Absatz 4 (neu): Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tagen – so der verordnende Arzt / die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten	

<p>Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.</p>	
<p>23. Oktober 2017</p>	
<p>Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst. Auch die in Satz 4 genannte Möglichkeit für eine Folgeverordnung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands positiv zu bewerten.</p>	
<p>§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.</p>	<p>In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.</p>
<p>§ 4 Absatz 7, Satz 2 (neu): Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an, Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird vom Deutschen Caritasverband abgelehnt.</p>	<p>Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird. Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet; „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“. Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird. Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die KBV/PatV ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamteinschätzung durch den Facharzt / die Fachärztin richten.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Der Deutsche Caritasverband schließt sich den Ergänzungen</p>	<p>Beide Leistungen tragen wesentlich dazu beitragen, dass der/die Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er/sie sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten</p>



<p><b>Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.</b></p>	
<p><b>23. Oktober 2017</b></p>	
<p>zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.</p>	<p>zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung* ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umgehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass der/die Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung seines /ihres psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden. Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: Eine Festlegung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird vom Deutschen Caritasverband abgelehnt.</p>	<p>Die Festlegung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischem Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u.U. bei dem/der Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen. Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes generell nicht sinnvoll. Wenn dennoch ein fester Zeitraum für die Regelversorgung festgelegt werden soll, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, KBV/PatV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“  Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes kann auf dies Ergänzung verzichtet werden.</p>	<p>s. o. – Eine Festlegung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll! Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Der Deutsche Caritasverband schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.</p>	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F.10 – F. 19)</li> <li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F.23)</li> <li>• Phobische Störungen (F40.)</li> <li>• Zwangsstörung (F.42)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F.43.1)</li> <li>• Essstörungen (F.50)</li> <li>• und Persönlichkeitsstörungen (F.60; F.61)</li> </ul>

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.	
23. Oktober 2017	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li> </ul> <p>muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass der /die Versicherte in die Lage versetzt wird, sein/ihr Leben im Alltag im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).</p> <p>Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u.a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtüreffekte“ vermieden werden.</p> <p>Wir möchten zudem darauf hinweisen, dass eine Ergänzung der Diagnosen um Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) den Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.</p> <p>Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Der Paritätische Gesamtverband	
23.10.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 4 Absatz 2</p> <p>Der Paritätische Gesamtverband schließt sich der Sichtweise der PatV/KBV/DKG an.</p>	
<p>§ 4 Absatz 5</p> <p>Die Konkretisierung in Satz 2 wird befürwortet.</p> <p>§ 4 Absatz 6</p> <p>Die Veränderung wird befürwortet.</p>	
<p>§ 4 Absatz 7</p> <p>Der Paritätische Gesamtverband schließt sich dem Vorschlag der PatV und KBV an.</p>	
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a Spalte „Leistungsbeschreibung“</p> <p>Der Paritätische befürwortet die Vorschläge von PatV und KBV zur Leistungsbeschreibung.</p>	
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“</p> <p>Der Paritätische schließt sich dem Vorschlag der KBV und PatV (Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten, Dauer und Häufigkeit) an.</p> <p>Der Einschätzung, dass bei der Diagnose F 43.1 eine PHKP bis zu 6 Monaten ausreichend ist, widersprechen wir.</p>	<p>Die Diagnose 43.1 als eine spezifische Form einer Traumafolgestörung erfordert ein multiprofessionelles Behandlungskonzept, so dass auch eine PIA-Anbindung oder auch MVZ häufig eine nicht ausreichende Unterstützung darstellt.</p> <p>Die häufig notwendigen phasenbegleitenden Aspekte einer</p>



Der Paritätische Gesamtverband	
23.10.2017	
	psychosozialen Reintegration (psychosoziale Unterstützung, Angehörigeneinbeziehung, berufliche Rehabilitation, Alltagsbewältigung, Tages- und Wochenplanung, Sicherstellung ärztlicher Versorgung) stellen typische Inhalte der PHKP dar. Somit ist eine Begrenzung auf 6 Monate aus Sicht des Paritätischen fachlich nicht angemessen.
Leistungsverzeichnis Nr. 27a Fortsetzung Spalte „Bemerkung“  Die Aufnahme der vorgeschlagenen Diagnosen seitens der PaIV wird vom Paritätischen Gesamtverband befürwortet.	



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad e.V.)	
23.10.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Bei dem nach § 4 Absatz 1 einzufügenden Absatz ist dem Formulierungsvorschlag von KBV/DKG/PaV zu folgen. <i>„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</i></p>	<p>Der Formulierungsvorschlag trägt angemessen der Tatsache Rechnung, dass psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (im Folgenden „pHKP“ genannt) nur einer von vielen Bausteinen ist zur Erreichung des Ziels einer Ausschöpfung des Potentials an selbständiger Alltagsbewältigung. Der Hinweis auf das Anstreben von Verbesserungen „im Rahmen der Möglichkeiten“ des Versicherten stellt klar, dass der gesetzliche Anspruch nicht entfallen soll, wenn die Erreichung von Maximal-Zielvorstellungen fraglich sind.</p> <p>Der Formulierungsvorschlag des GKV-SV suggeriert dagegen nach diesseitigem Dafürhalten fälschlich, dass für die pHKP eine starre Zielvorgabe bestehe, die sich nicht an den individuellen Möglichkeiten des Versicherten orientiert.</p> <p>In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass – je nach den Möglichkeiten des Versicherten und den Entwicklungsmöglichkeiten im Einzelfall - bereits der Erhalt bzw. der Ausbau von Ressourcen allein die pHKP rechtfertigt, unabhängig davon, ob diese im Ergebnis eine vollständige oder nur eine teilweise Selbständigkeit zur Folge haben.</p>
<p>Der neue Absatz 4 ist am Ende um den im folgenden unterstrichenen Halbsatz zu ergänzen: <i>... Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich, bis der letztendlich verordnende Arzt zu einer abweichenden Einschätzung kommt.“</i></p>	<p>Der Ergänzungsvorschlag trägt der Tatsache Rechnung, dass die erforderliche Einschätzung sich ändern kann (z. B. aufgrund neuer Erkenntnisse, einer Änderung im Krankheitsverlauf, Erfolgen anderer Therapieansätze etc.). Gleichzeitig stellt der Vorschlag klar, dass im Falle einer geänderten Einschätzung die ursprüngliche Beurteilung der Ausstellung einer Folgeverordnung nicht entgegensteht.</p> <p>Der Ergänzungsvorschlag stärkt ebenfalls die Patientenrechte, wenn diese mit der Einschätzung des ursprünglich behandelnden Arztes nicht einverstanden sind und sich eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen wollen. Kommt ein solcher zu einer anderen Einschätzung, stellt der Ergänzungsvorschlag klar, dass es dem Versicherten frei steht, sich von diesem eine Folgeverordnung ausstellen zu lassen, unabhängig davon, ob der ihn zuvor behandelnde Arzt der Zweitmeinung zustimmt oder nicht.</p>

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad e.V.)	
23.10.2017	
Der neue Absatz 7 sollte die Unterpunkte cc) und cd), die von GKV-SV/DKG vorgeschlagen werden, nicht mit umfassen.	Die Richtlinie sieht bislang - zu Recht - eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala nicht vor, sondern die Funktionseinschränkungen, die vom verordnenden Arzt zu diagnostizieren sind, sind am Ende der Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses aufgeführt. Eine Heranziehung der GAF-Skala kann zwar im Einzelfall zielführend sein, soweit keine Einschränkungen bei den Diagnosen vorgenommen würden, weil dann das Ausmaß der Fähigkeitsstörung in den Vordergrund der Indikationsstellung rücken würde. Sollte es jedoch keine oder kaum Veränderungen im Diagnosekatalog geben und nun die GAF-Skala, ergänzend zur Beschreibung der Beeinträchtigung nach § 27a, als zusätzliches drittes Kriterium bei der Indikationsstellung heranzuziehen sein, drohen in der Praxis neue Einschränkungen für die Verordnungsfähigkeit der pHKP. Für die bisher schon in Nr. 27a enthaltenen Diagnosen kommt hinzu, dass und die Schwere der Erkrankung durch die Diagnosen vorgegeben ist.
Folgendem Vorschlag von KBV/PatV ist zu folgen: Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der hauslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird die Nummer 27a wie folgt geändert: In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ werden nach dem 3. Spiegelstrich folgende neue Spiegelstriche angefügt: - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.*	Der erste Spiegelstrich ist neben den kompensatorischen Hilfen wesentlich, damit pHKP dazu beitragen kann, dass psychisch kranke Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Diese Patienten benötigen ein Training, um damit ihre individuellen Bedürfnisse und Hilfebedarfe zu erkennen. Dann kann ein entsprechendes Verhalten zur Selbstbefähigung erarbeitet werden.  Der zweite Spiegelstrich trägt der Tatsache Rechnung, dass pHKP Bindungsglied zwischen Beratungsstellen, Reha-Kliniken, Ärzten, betreutem Wohnen und anderen psychosozialen Diensten und Angeboten der Gemeinde ist. Entsprechend ist die „Koordination persönlicher Hilfenetze“ aktuell auch Bestandteil der Leistungsbeschreibung in den Berliner IV Verträgen (siehe Expertenbefragung, Frage 15, Antwort Dr. Meyer).  Eine Trennung der vorgenannten Leistungsaspekte von den Leistungsverpflichtungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nach diesseitigem Dafürhalten weder sachgerecht, noch fachlich gerechtfertigt.
Dem Formulierungsvorschlag der PatV zu F10 - F13 (hier: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode oder Cannabinoide, Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika) ist zu entsprechen.	Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.  Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass alternative Angebote für Versicherte in anderen Behandlungsvarianten dem gesetzlichen Anspruch auf pHKP nicht entgegenstehen. Im Gegenteil: § 27 Absatz 1 SGB V garantiert Versicherten ausdrücklich den Anspruch auf HKP, wenn diese medizinisch erforderlich und wirtschaftlich ist. Dass dies im Einzelfall gegeben ist, können auch alternative Behandlungsvarianten nicht von vornherein ausschließen. Insofern ist ein genereller Ausschluss des Anspruchs in den Richtlinien rechtlich nicht zu rechtfertigen. Im Falle verschiedener Behandlungs- bzw. Versorgungsoptionen muss es vielmehr eine Möglichkeit geben, dass die im jeweiligen Einzelfall



<b>Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad e.V.)</b>	
<b>23.10.2017</b>	
	<p>sinnvollste Variante gewählt werden kann. Die HKP-Richtlinien sind insofern gehalten, Behandlungsalternativen nicht bereits im Vorfeld auszuschließen.</p>
<p>Dem Formulierungsvorschlag der PatV zu F19 (hier: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) ist zu entsprechen.</p>	<p>Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass alternative Angebote für Versicherte in anderen Behandlungsvarianten dem gesetzlichen Anspruch auf pHKP nicht entgegenstehen. Im Gegenteil: § 27 Absatz 1 SGB V garantiert Versicherten ausdrücklich den Anspruch auf HKP, wenn diese medizinisch erforderlich und wirtschaftlich ist. Dass dies im Einzelfall gegeben ist, können auch alternative Behandlungsvarianten nicht von vornherein ausschließen. Insofern ist ein genereller Ausschluss des Anspruchs in den Richtlinien rechtlich nicht zu rechtfertigen.</p> <p>Im Falle verschiedener Behandlungs- bzw. Versorgungsoptionen muss es vielmehr eine Möglichkeit geben, dass die im jeweiligen Einzelfall sinnvollste Variante gewählt werden kann. Die HKP-Richtlinien sind insofern gehalten, Behandlungsalternativen nicht bereits im Vorfeld auszuschließen.</p>
<p>Nach der Angabe „F22.- Anhaltende wahnhafte Störung“ wird gemäß dem Vorschlag von KBV/PatV/DKG die Angabe „F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen“ eingefügt.</p>	<p>Die Begründung von KBV/PatV/DKG zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass das Stellen von Diagnosen nicht erst mit dem Entfallen von Symptomen möglich ist und nur in den (Einzel-)Fällen, in denen sich der verordnende Arzt zum Stellen einer Diagnose nicht in der Lage sieht, die Verordnung zu entfallen hat.</p> <p>Demgegenüber wäre nach diesseitigem Dafürhalten ein kategorischer Leistungsausschluss in den HKP-Richtlinien, der unstreitig medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege betreffen würde, gemäß § 27 Absatz 1 SGB V gesetzeswidrig.</p>
<p>Dem Vorschlag von KBV/PatV zur Angabe F31 ist zu entsprechen.</p>	<p>Die Begründung von der KBV/PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Der ablehnenden Haltung von GKV-SV/KBV/DKG ist entgegen zu halten, dass die „Notwendigkeit einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege“ – anders als in der Begründung des GKV-SV dargelegt – nicht ausgeschlossen werden kann. In den Fällen einer solchen Notwendigkeit würde nach diesseitigem Dafürhalten ein kategorischer Leistungsausschluss in den HKP-Richtlinien, der medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege betreffen würde, gemäß § 27 Absatz 1 SGB V gesetzeswidrig sein.</p>
<p>Dem Vorschlag von PatV zur Angabe F40.0 und F40.1 ist zu entsprechen.</p>	<p>Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Dem Gegenvorschlag der KBV ist entgegen zu halten, dass die Festlegung der erforderlichen Dauer durch den verordnenden Arzt zu sachgerechteren, weil dem Einzelfall angemesseneren Ergebnissen führt. Der Zweck, die Inanspruchnahme einer Psychotherapie durch</p>

<b>Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad e.V.)</b>	
<b>23.10.2017</b>	
	die Befristung der pHKP sicherzustellen, kann durch den Ausschlussausschluss zudem nicht sichergestellt werden.
Dem Vorschlag der PatV zur Aufnahme einer Öffnungsklausel ist zu entsprechen.	<p>Die Begründung der PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Durch die Expertenbefragung wurde deutlich, dass das gleichzeitige Vorliegen von psychischen Krankheiten und/oder körperlichen Krankheiten eine Indikation für pHKP darstellt. Die Voraussetzung, dass im Rahmen der Indikationsstellung mindestens eine der am Ende der Ziffer 27a aufgelisteten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) gegeben sein muss, bleibt unberührt.</p> <p>Dem Gegenvorschlag von GKV-SV ist entgegen zu halten, dass die Verneinung des Anspruchs mit der Begründung, dass eine andere Therapieform generell favorisiert wird, mit der Sach- und Rechtslage nach diesseitigem Dafürhalten nicht vereinbar ist. Die Erforderlichkeit des Anspruchs ist einzelfallspezifisch zu beurteilen, ebenso wie die medizinische Notwendigkeit. Ist Letztere gegeben, gilt dies auch für den Anspruch aus § 27 Absatz 1 SGB V.</p> <p>Die Annahme, die Verweigerung von pHKP führe nahezu automatisch zur Inanspruchnahme von Psychotherapie, ist zudem nicht zutreffend. Ebenso führt die Bejahung des Anspruchs auf pHKP nicht zum Ausschluss von Psychotherapie.</p>
Dem Vorschlag von KBV/PatV zur Anpassung der Spalte „Dauer und Häufigkeiten der Maßnahme“ ist zu entsprechen („Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann. Bei bestimmten Diagnosen/ Indikationen (siehe F40.0, F40.1 und F43.1 in der Spalte „Bemerkung“) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“)	<p>Die Begründung von KBV/PatV zum Formulierungsvorschlag ist fachlich überzeugend.</p> <p>Ein Versorgungszeitraum von bis zu 6 Monaten oder auch über 6 Monate hinaus entspricht der Versorgungsrealität insofern, als damit den multiprofessionellen Teams vor Ort die Möglichkeit gegeben wird, beispielsweise individuellen bezugstherapeutischen Aspekten oder auch Krankheitsrezidiven Rechnung tragen zu können. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass mittels eines ausreichenden Zeitraums für Förderung und Training des Patienten die Vermeidung von Institutionalisierung (auch ein Kostenfaktor) gegeben ist. Damit wird gleichzeitig die Lebensqualität jedes einzelnen psychisch Erkrankten gefördert.</p>



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	
23. Oktober 2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 4 Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege</p> <p>(2) In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.</p>	<p>Es wird der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG unterstützt. Gestützt wird dies im Wesentlichen auf die Antwort zur Frage 11 der Stellungnahme zur Expertenbefragung. Aus der Beantwortung der Frage wie Therapieziele von pHKP aussehen können, wird deutlich, dass hochgradig subjektive Komponenten des Patienten über Erfolg oder Misserfolg der Zielsetzung mitentscheiden. Das widerspricht einer unbedingten Forderung nach Zielerreichung. Insoweit gibt der Vorschlag der PatV/KBV/DKG die realen Anforderungen erkennbar leistungsgerechter wieder.</p>
<p>(4) 1 Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der erstmaligen Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt eingeschätzt werden, kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen verordnet werden.</p>	<p>Die Flexibilisierung der 14-Tage-Frist wird grundsätzlich begrüßt, allerdings ist sie weiterhin nicht ausreichend. Unter Verweis auf die Stellungnahme der Experten wäre eine Ausdehnung der Verordnungsfrist auf mindestens vier Wochen sachgerecht. Die Notwendigkeit einer Verlängerung des Verordnungszeitraums ergibt sich aus den Antworten zu Frage 14 („Ist der Zeitraum der ersten Verordnung von 14 Tagen nach § 4 Absatz 3 der HKP-Richtlinie zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau immer ausreichend?“), aus denen nachzuziehen ist, dass die Begrenzung der Erstverordnung auf 14 Tage regelhaft zu kurz bemessen ist und eine Erstreckung auf vier Wochen erforderlich ist, um den Behandlungserfolg besser erfassen, evaluieren und sichern zu können.</p>
<p>3 Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. 4 Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden.</p>	<p>Die Ausführungen der Experten zu Frage 14 (siehe oben) belegen, dass grundsätzlich eine Verordnungsfrist von 14 Tagen aufgrund der Besonderheiten der pHKP regelhaft für zu kurz erachtet wird. Insofern sollte prinzipiell eine Erweiterung des Verordnungszeitraums über 14 Tage hinaus festgeschrieben werden, statt durch zu schmale Zeitintervalle eine praxisferne Regelung beizubehalten. Insbesondere erfordert der hierdurch notwendige erneute Arztbesuch des Patienten oftmals ein hohes Maß an Compliance vom Patienten, diese wiederum ist aber oftmals Gegenstand der pHKP.</p>



Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	
23. Oktober 2017	
<p>5Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich.</p>	<p>Diese Regelung ist wegen der offensichtlichen Beschränkung der Folgeverordnung abzulehnen. Auf die besonderen Schwierigkeiten von Therapieansatz und Behandlungsumfang wegen der Komplexität der Krankheitsverläufe haben die Experten hingewiesen (siehe oben). Insbesondere bei den knappen Verordnungszeiträumen von Erstverordnung und nachfolgender Folgeverordnung (bei nicht abschließender Einschätzungsmöglichkeit) ist eine Versagung einer „erneuten“ Folgeverordnung nicht sachgerecht. Damit wird stets eine Verordnung auch künftiger Fähigkeitsstörungen verhindert.</p>
<p>(5) Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zudem soll die Pflege in den psychiatrischen Verbund eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.</p>	<p>Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.</p>
<p>4Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen.</p> <p>Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist. Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten.</p>	<p>Diese Regelung sehen wir sehr kritisch und lehnen diese ab. Die Reduzierung der Verordnungskompetenz der Hausärzte und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie führt vor allem in ländlichen Regionen zu Behandelungsengpässen, denn eine Facharztanbindung herzustellen ist aus Gründen wie Verfügbarkeit und Vertrauensbildung des Patienten in der Praxis nicht nur schwer, sondern faktisch kaum möglich. Insbesondere werden schon bestehende Strukturen deutlich geschwächt.</p> <p>Die Antwort der Experten zu Frage 12 („Wie lange sind im Durchschnitt Leistungen der pHKP erforderlich, um die Therapieziele zu erreichen?“) lässt erkennen, wie schwer es ist, den durchschnittlichen Behandlungszeitraum zu prognostizieren, so dass eine Begrenzung des Gesamtverordnungszeitraums wegen der Komplexität und Diversität der Krankheitsverläufe im psychiatrischen Bereich kaum Sinn macht.</p> <p>Das SG Düsseldorf hat zudem in seiner Entscheidung vom 19.09.2005 (Az.: S 8 KR 225/05 ER) zur Verordnungsdauer für die pHKP ausdrücklich klargestellt, dass die Richtlinien des G-BA zwar eine Höchstdauer für die Verordnung festlegen. Diese gelte allerdings nur für den Regelfall. Von der Höchstdauer könne in begründeten Fällen abgewichen werden. Dies müsste auch hier in der Richtlinie zumindest deutlich zum Ausdruck kommen, sofern an der Höchstdauer für den Regelfall überhaupt festgehalten werden soll.</p> <p>Im Übrigen hat das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Rechtsprechung zur Reichweite der Regelungsbefugnis des G-BA im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz klargestellt, dass der G-BA zur Konkretisierung nur insoweit befugt ist, als es um die Bestimmung der verordnungsfähigen Arten und der Häufigkeit (Frequenz) von Pflegemaßnahmen geht, weil damit zugleich die „Leistungsverpflichtung der Ärzte“ hinsichtlich der Verordnung</p>



<b>Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.</b>	
<b>23. Oktober 2017</b>	
	häuslicher Krankenpflege definiert wird (B 6 KA 69/04 R). Dies schließt nicht die Regelungsermächtigung hinsichtlich der Bestimmung der Dauer der verordneten Pflegemaßnahme mit ein. Diese Aufgabe obliegt im Rahmen seiner Therapiehoheit alleine dem behandelnden Arzt, nicht aber dem G-BA.
(7) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen benannten Diagnosen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen). PatV	Die ausschließliche Beschränkung der Verordnungsfähigkeit auf die Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses verstößt gegen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das eine Begrenzung durch die HKP-Richtlinie aufgrund der Regelungskompetenzen des G-BA für unstatthaft erachtet. HKP-Richtlinien stellen keinen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen dar (BSG v. 26.01.2006, B 3 KR 35/04). Vor diesem Hintergrund wird in der Vorbemerkung zum Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie auch auf eine Verordnungsfähigkeit von Maßnahmen über das Leistungsverzeichnis hinaus hingewiesen. Darüber hinaus haben die Experten verdeutlicht, dass der Diagnosekatalog bzw. die im Verzeichnis aufgeführten Beeinträchtigungen nicht im ausreichenden Maße alle Möglichkeiten und Ausprägungen von psychischen Erkrankungen berücksichtigen. Damit wird auch fachlich belegt, dass ein abschließender Diagnosekatalog die Gefahr von erheblichen Versorgungslücken in sich birgt
[diagnosebezogene GAF-Anwendung, s.u.]	Wir unterstützen den Vorschlag der PatV/KBV. Die Einführung der GAF Skala, stellt für die Leistungserbringer eine zusätzliche Herausforderung dar und erfordert einen erweiterten Schulungsbedarf.
Spalte „Leistungsbeschreibung“ Psychiatrische häusliche Krankenpflege [PatV/KBV:] - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, - Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.	Wir unterstützen den Vorschlag von PatV/KBV zur Erweiterung der Leistungsbeschreibung  Der Punkt "Training von Fähigkeiten" ist sehr wichtig, da er durch psychoedukative Anteile zur Vermeidung von Krankheitsspitzen im Behandlungsverlauf beiträgt sowie positiv zur Sicherung der medikamentösen Behandlung durch den Facharzt wirkt und zur Vermeidung von Rezidiven führt.
Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ GKV/DKG Sollte ein Ordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin	Beide Alternativen beschränken den Leistungsumfang in unzulässiger Weise. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen zu den Änderungen unter § 4 Abs. 7 der HKP-Richtlinie verwiesen.



**Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.**

23. Oktober 2017

<p>auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann KBV/PatV: Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann</p>	
<p>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</p>	<p>Wir empfehlen die Aufnahme der F43.1, da in der Praxis in den Selektivverträgen (integrierte Versorgung) positive Behandlungserfolge erzielt werden konnten.</p>



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

<b>Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung</b>	
<b>23.10.2017</b>	
<b>Stellungnahme/Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die Diakonie Deutschland schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b> , dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“	Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und sie/er in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.
Die Diakonie Deutschland schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „(...), dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig</b> (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“	Hier werden vom GKV-SV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit einem hohen Grad an Selbständigkeit interpretieren. Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ von PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Dies halten wir für geeigneter. Wir gehen dabei davon aus, dass die Möglichkeiten nicht durch einen Rahmen begrenzt sind, sondern sehr weit zu gestalten sind, je nach individueller Situation des Patienten.
§ 4 Absatz 4: Es ist zu begrüßen, dass mit dem ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tage – so der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen einschätzen kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst.  Feine Befristung der Folgeverordnung.	



<b>Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung</b>	
<b>23.10.2017</b>	
auch in der hier vorgenommenen Abstufung, ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll und unbegründet. Psychiatrische Krankheitsverläufe sind höchst unterschiedlich. Wir schlagen deshalb vor, Satz 4 offener zu formulieren.	„Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, <b>können weitere <del>kann eine</del>-Folgeverordnungen für jeweils weitere 14 Tage oder länger</b> ausgestellt werden.“
§ 4 Absatz 5 (neu): Der neue Absatz 5 eröffnet die Möglichkeit, das soziale Umfeld der/des Versicherten und Ihre/seine Angehörigen einzubeziehen. Nach Absatz 5 Satz 1 kann die Anleitung der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung Gegenstand der Leistungserbringung sein. Dies wird von der Diakonie Deutschland ausdrücklich begrüßt.	
§ 4 Absatz 6 (neu): Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V. Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.	In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen – sofern diese in der jeweiligen Region vorhanden ist - oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch die Möglichkeit der Verordnung von pHPK können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden.
§ 4 Absatz 7 Satz 2 (neu): Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird von der Diakonie Deutschland abgelehnt	Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird. Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet; „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“. Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird. Die Verordnungsfähigkeit der pHPK innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die PatV/KBV/ ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung	
23.10.2017	
	Gesamteinschätzung durch die Fachärztin/den Facharzt richten.
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Die Diakonie Deutschland schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.	Beide Leistungen tragen wesentlich dazu bei, dass die/der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass sie/er sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umgehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass die/der Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung ihres/seines psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden. Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: Eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird von der Diakonie Deutschland abgelehnt.	Die Begrenzung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischen Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u. U. bei der/dem Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen. Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht der Diakonie Deutschland generell nicht sinnvoll. Wenn dennoch eine Begrenzung vorgenommen wird, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: PatV/KBV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o. g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“  Aus Sicht der Diakonie Deutschland kann auf diese Ergänzung verzichtet werden.	s. o. – Eine starre Begrenzung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.
Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Die Diakonie Deutschland schließt sich der von der KBV und/oder den PatV	Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19)</li> </ul>



**Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung**

23.10.2017

vorgenommenen Ergänzungen der verordnungsfähigen Diagnosen an.

- Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)
- Phobische Störungen (F40)
- Zwangsstörung (F42)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1)
- Essstörungen (F50)
- und Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)
- sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.

muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass die/der Versicherte in die Lage versetzt wird, ihr/sein Leben im Alltag im Rahmen ihrer/seiner Möglichkeiten selbständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).

Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u. a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtüreffekte“ vermieden werden.

Insbesondere eine Ergänzung der Diagnosen um psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) ist aus Sicht der Diakonie Deutschland angezeigt, da dadurch der Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert wird. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.

Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.

Darüber hinaus ist der bisherige Ausschluss von Suchterkrankungen aus dem Diagnosekatalog fachlich nicht gerechtfertigt. Vielmehr ist es so, dass Suchterkrankungen oft mit körperlichen Erkrankungen bzw. Komplikationen und / oder weiteren psychischen Erkrankungen einhergehen.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

AWO Bundesverband e.V.	
23.10.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Der AWO Bundesverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 (neu) an: „In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, <b>dazu beizutragen</b>, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</p>	<p>Das Ziel der Stabilisierung und selbständigen Alltagsbewältigung einer/eines Versicherten mit einer psychischen Erkrankung kann nicht allein durch psychiatrische häusliche Krankenpflege erreicht werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann allerdings wesentlich zur Zielerreichung beitragen, wenn die Lebenssituation der/des Versicherten dadurch stabilisiert wird und er/sie in der Lage ist, Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Unter dieser Perspektive ist die von PatV/KBV/DKG gewählte Formulierung geeigneter, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben</p>
<p>Der AWO Bundesverband schließt sich dem Vorschlag der PatV/KBV/DKG zu § 4, Absatz 2 (neu) an: „( . . . ) dass er sein Leben im Alltag möglichst selbständig (GKV-SV) / <b>im Rahmen seiner Möglichkeiten</b> selbständig (PatV/KBV/DKG) bewältigen und koordinieren (...) kann.“</p>	<p>Hier werden von der G-KV einerseits und den PatV/KBV/DKG andererseits unterschiedliche Sachverhalte beschrieben. „Möglichst selbständig“ lässt sich auch als „soweit wie möglich selbständig“, also mit einem hohen Grad an Selbständigkeit interpretieren. Die Formulierung „im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig“ der PatV/KBV/DKG richtet sich hingegen nicht ausschließlich auf den Grad der Selbständigkeit, sondern vielmehr auf die individuellen Möglichkeiten, Selbständigkeit zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, der deutlich auf die Wahrnehmung und Förderung der individuellen Ressourcen zielt, ist der Formulierungsvorschlag von PatV/KBV/DKG aus Sicht des AWO Bundesverbandes besser geeignet, um das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beschreiben.</p>
<p>§ 4, Absatz 4 (neu). Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen ersten Satz in Absatz 4 eine positive Formulierung aufgenommen worden ist, die die erstmalige Verordnung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin erleichtert. Durch die Aufhebung der Begrenzung von 14 Tage – so der verordnende Arzt / die verordnende Ärztin die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen einschätzen</p>	

AWO Bundesverband e.V.	
23.10.2017	
<p>kann – wird die Verordnungsdauer der Erstverordnung deutlich erhöht und damit auch unbürokratisch an vorhandene Bedarfslagen angepasst.</p> <p>Auch die in Satz 4 genannte Möglichkeit für eine Folgeverordnung ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes positiv zu bewerten.</p>	
<p>§ 4 Absatz 6 (neu); Satz 3 ermöglicht die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V.</p> <p>Die Aufnahme von Satz 3 ist positiv zu werten, da damit die Möglichkeiten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert werden.</p>	<p>In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherte vor allem auch in Krisensituationen zunächst eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen oder aber nach Entlassung aus dem Krankenhaus in dieser weiterbehandelt werden. Durch Möglichkeit der Verordnung von pHKP können so gerade im Anfangsstadium einer Erkrankung stabile Versorgungsarrangements geschaffen werden</p>
<p>§ 4 Absatz 7, Satz 2 (neu): Wir schließen uns der Position der PatV/KBV an. Eine regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala zur Bewertung der Funktionseinschränkungen wird vom AWO Bundesverband abgelehnt.</p>	<p>Bei den bisher in Nr. 24 enthaltenen Diagnosen sind die Schwere der Erkrankung und die daraus folgenden Funktionseinschränkungen allein schon durch die Diagnose selbst vorgegeben. Ein Einsatz der GAF-Skala erübrigt sich damit. Abgesehen davon wird durch die regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala ein weiteres, zusätzliches Kriterium für die Indikationsstellung eingeführt, was ggf. zu einer Begrenzung der Verordnungsmöglichkeiten führen wird.</p> <p>Wie GKV-SV und DKG in der Begründung angeben, sei die GAF-Skala als alleiniges Instrument zu Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht geeignet: „(in) Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“.</p> <p>Die Formulierung im Konjunktiv „sollte (...) ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden“, zielt nicht auf eine generelle Verwendung der GAF-Skala, wie dies im Leistungsverzeichnis bei einigen der neu aufgenommenen und bereits konsentierten Diagnosen, von der DKG und/oder dem GKV-SV vorgegeben wird.</p> <p>Die Verordnungsfähigkeit der pHKP innerhalb der bereits vorhandenen sowie der durch die KBV/PatV ergänzten Diagnosen sollte sich ausschließlich nach der Gesamteinschätzung durch den Facharzt / die Fachärztin richten.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung: Der AWO Bundesverband schließt sich den Ergänzungen zur Leistungsbeschreibung durch die PatV/KBV an.</p>	<p>Beide Leistungen tragen wesentlich dazu bei, dass der/die Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er/sie sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren kann (vgl. § 4 Absatz 2). Das „Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung“ ist von herausragender Bedeutung für eine Stabilisierung bzw. für den Erwerb</p>



AWO Bundesverband e.V.	
23.10.2017	
	<p>von Fähigkeiten, auch unter längerfristiger Perspektive mit Funktionseinschränkungen umzugehen zu können. Dadurch kann ggf. auch erreicht werden, dass der/die Versicherte in Krisensituationen und bei Verschlechterung seines/ihrer psychischen Zustandes rechtzeitig Hilfe in Anspruch nimmt und stationäre Aufenthalte vermieden werden.</p> <p>Einen Beitrag dazu leistet zudem die „Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen“.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: Eine Begrenzung des Verordnungszeitraums auf 4 Monate wird vom AWO Bundesverband abgelehnt.</p>	<p>Die Begrenzung der Regelversorgung auf 4 Monate hat sich in der Praxis oft als zu starr erwiesen. Problematisch wird diese Festlegung vor allem dann, wenn Krankenkassen einen Verlängerungsantrag nicht oder nur unter zusätzlichem bürokratischem Aufwand genehmigen, so dass eine kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Dadurch können u.U. bei dem/der Versicherten sogar (erneute) psychische Krisen ausgelöst werden, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.</p> <p>Da gerade bei psychischen Erkrankungen sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe und auch unterschiedlich stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen auftreten, ist eine starre zeitliche Begrenzung aus Sicht des AWO Bundesverbandes generell nicht sinnvoll.</p> <p>Wenn dennoch eine Begrenzung vorgenommen wird, so sind mindestens 6 Monate erforderlich (Vorschlag PatV/KBV) sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Verordnungsdauer.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“, KBV/PatV: „Bei bestimmten Diagnosen/Indikationen (...) ist ein längerer als der o.g. Verordnungszeitraum in der Regel nicht gegeben.“  Aus Sicht des AWO Bundesverbandes kann auf diese Ergänzung verzichtet werden.</p>	<p>s. o – Eine starre Begrenzung der Verordnungsdauer ist aus unserer Sicht generell nicht sinnvoll. Ob kurze Interventionen ausreichen oder eine längerfristige Betreuung angezeigt ist, hängt vom Krankheitsbild, den Funktionseinschränkungen, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken usw. ab.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Bemerkungen“: Der AWO Bundesverband schließt sich der von der KBV und/oder den PatV vorgenommenen Ergänzungen der ordnungsfähigen Diagnosen an.</p>	<p>Die Verordnungsfähigkeit von psychischen Erkrankungen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F.10 – F. 19)</li><li>• Akute vorübergehende psychotische Störungen (F.23)</li><li>• Phobische Störungen (F40.)</li><li>• Zwangsstörung (F.42)</li><li>• Posttraumatische Belastungsstörungen (F.43.1)</li><li>• Essstörungen (F.50)</li><li>• und Persönlichkeitsstörungen (F.60; F.61)</li><li>• sowie anderer Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer psychischer und somatischer Diagnosen.</li></ul>



AWO Bundesverband e.V.

23.10.2017

muss gewährleistet sein, da diese Erkrankungen ebenso wie die bisherigen Diagnosen des Leistungsverzeichnisses einen hohen Fähigkeitsverlust bzw. massive Fähigkeitsstörungen mit sich bringen können. Gerade im Anfangsstadium der Erkrankung kann durch rechtzeitige Interventionen auch auf pflegerischer Ebene erreicht werden, dass der /die Versicherte in die Lage versetzt wird, sein/ihr Leben im Alltag im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbstständig zu bewältigen und zu koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (s. § 4 Absatz 2).

Durch die Aufnahme der genannten Diagnosen ist zudem eine bessere Verlaufskontrolle möglich, was u.a. dazu beitragen kann, dass eine Chronifizierung und/oder (erneute) stationäre Aufenthalte bzw. „Drehtureffekte“ vermieden werden.

Insbesondere eine Ergänzung der Diagnosen um Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes angezeigt, da dadurch der Zugang für Kinder und Jugendliche zu Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verbessert wird. Denn obwohl es keine Altersgrenzen für eine Verordnung gibt, besteht aktuell immer noch eine Versorgungslücke in diesem Bereich bzw. Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege werden für diese Altersgruppen nicht in Betracht gezogen.

Durch eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, wie sie im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege möglich ist, ließen sich wiederholte stationäre Aufenthalte vermeiden und der Entstehung von „Psychiatriekarrieren“ könnte vorgebeugt werden.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):  
Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

<b>Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V.</b>	
<b>23.10.2017</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>§ 3 (3) <b>Dieser Passus sollte ersatzlos entfallen.</b></p>	<p>§ 3 (3) <i>„Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen und ist dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bekannt, hat die Verordnung zu unterbleiben. ...“</i></p> <p>Hohe (Zulassungs-)Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste, die nicht selten komplexen Verstehens- und Aushandlungsprozesse im Interaktionshandeln, die Berücksichtigung der Anforderungen des evidence based nursing (EBN) und der Verpflichtung zur Integration von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (§ 135a Abs.1 SGB V), als auch die Stärkung von Patientenrechten, Autonomie und Eigenverantwortung (UN Behindertenrechtskonvention 2016) würden der Überantwortung an eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person fachlich konterkarieren.</p> <p>Insbesondere in Verbindung mit der Vorhaltung einer 24-stündigen Rufbereitschaft, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Bedingungen realistisch erfüllbar wären. Eine Streichung würde dazu beitragen Verwirrungen zu vermeiden, bei denen sich Angehörigen genötigt fühlen Tätigkeiten zu übernehmen, für die sie nicht qualifiziert sind.</p>
<p>§ 4 (c) <b>Die BAPP schließt sich der Formulierung der KBV / DKG / PatV an.</b></p> <p><i>„In Konkretisierung der unter § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass der Versicherte soweit stabilisiert wird, dass er sein Leben im Alltag im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“</i></p>	<p>Die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist stets Bestandteil eines Behandlungskonzeptes mit Komplexleistungen verschiedener Professionen. Die krankheitsbedingten Einschränkungen der psychisch erkrankten Menschen erfahren in der GKV – SV Version zu geringe Gewichtung. Zeitgleich wird der Behandlungserfolg zu sehr allein auf die Leistungen pHKP fokussiert und nicht auf die realen Gegebenheiten bei psychiatrischen Erkrankungen.</p> <p>Sollte hier an der GKV – SV Formulierung festgehalten werden, so wäre – aufgrund der umfassenden Verantwortung der pHKP – die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung grundsätzlich in Frage zu stellen.</p>
<p>§ 4 (g) <b>Hier ist zwingend zu beachten, dass die Kassen zu Vertragsänderungen angehalten / verpflichtet werden. Dieses ist durch den G-BA zu initiieren.</b></p>	<p>§4 (g) <i>„im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zudem soll die Pflege in den psychiatrischen Verbund eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.“</i></p>



Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V.	
23.10.2017	
Die Anleitung der Angehörigen sowie die Einbindung in den psychiatrischen Verbund stellen Leistungen dar, die nicht unmittelbar am Patienten erbracht werden. Bisher werden aber nur direkte Leistungen finanziert („face-to-face“).	Diese Formulierung implementiert eine Leistung, die auch patientenfern erbracht werden kann was wir aus fachlicher Sicht ausdrücklich begrüßen. Diese Leistung sollte sich auch im Leistungsverzeichnis Nr. 27a ausdrücklich aufgeführt werden.
<p>§ 4 (h)  <i>„... Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist ...“</i></p> <p><b>Die Einschränkung „...nicht älter als 4 Monate...“ sollte ersatzlos entfallen.</b></p>	<p>Diese Forderung setzt voraus, dass der betreffende psychisch erkrankte Mensch innerhalb der letzten 4 Monate bei einem Facharzt (ambulant oder stationär) vorstellig gewesen ist, bevor es zur aktuellen Behandlungsbedürftigkeit gekommen ist. Die pHKP sollte als Sicherung der ärztlichen Behandlung auch in der Ermöglichung einer fachärztlichen Behandlung interpretiert werden. D.h. durch pHKP Leistungen können psychisch erkrankte Menschen ggf. erst zur ärztlichen Konsultation motiviert werden. Dies hätte zudem noch präventiven Charakter und vermeidet unnötige Exazerbationen und Krankenhausbehandlungen.</p> <p>Eine solche Haltung wäre zudem diskriminierend und entspricht in keiner Weise der Versorgungsrealität. Wäre dieser Mensch in einer solch engmaschigen, fachärztlichen Behandlung, so wäre eine fachärztliche Verordnung ohne Frage möglich. Hier werden schwer erkrankte Menschen, die es nicht zu einem Facharzt schaffen bewusst ausgegrenzt und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bewusst unterlaufen.</p>
<p>Nr. 27 a, Spalte Leistungsbeschreibung:  <b>Die BAPP schließt sich der Formulierung der KBV / PatV an.</b></p> <p><i>- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung.</i>  <i>- Vorbereitung, Begleitung und Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen und psychosozialen Hilfen.</i></p> <p>Beide Ergänzungen spiegeln die Erfordernisse der Versorgungsrealität wieder und stellen praxisnahe sowie bedarfsorientierte Leistungsbeschreibungen dar.</p>	<p>Gemäß der Formulierung von GKV – SV soll die Überleitung in nachversorgende Strukturen kein Bestandteil der pHKP sein.</p> <p>Hierdurch wird deutlich vorgegeben, dass die psychisch erkrankten Menschen hier eine ausreichende Selbständigkeit zur Organisation dieser Belange erreichen sollen.</p> <p>Dieses bildet die Grundlage für eine Dauerbehandlung durch pHKP entsprechend der Richtlinie, wenn diese Selbständigkeit nicht erreichbar sein sollte. Aus der nicht erreichbaren Selbständigkeit nach diesem Punkt können reaktiv die erreichten Behandlungserfolge regelmäßig relativiert werden bzw. eine Zielerreichung stets als möglich darstellen. Psychisch erkrankte Menschen, deren chronifizierten Fähigkeitsstörungen sich nach der GAF Skala im Zielbereich von 40 – 50 Punkte befinden wird hiermit eine lebenslange Verordnung mit pHKP ermöglicht. Hierfür möchte sich die BAPP bedanken.</p>
<p>Nr. 27 a, Spalte Bemerkungen:  <i>„Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen: ...“</i></p> <p>Unter Einbezug der Bewertung nach GAF-Skala und vorgegebenen Werten von 40 bis</p>	<p>Die BAPP kann sich aus fachlicher Sicht heraus <b>keiner</b> Diagnoseeinschränkung anschließen. Zumal die in der Richtlinie aufgeführten Fähigkeitsstörungen die Indikation für pHKP konkretisieren, was wiederum unabhängig von F-Diagnosen phänomenologisch in Erscheinung tritt.</p>



<b>Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V.</b>	
<b>23.10.2017</b>	
<p>maximal 50 Punkten ist die pHKP für alle Diagnosen von F 00 bis F 99 uneingeschränkt möglich.</p>	<p>Als Begründung anzuführen, dass es ausreichende Versorgungssysteme für bestimmte Diagnosegruppen gibt ist diskriminierend und ausgrenzend. Wenn psychisch kranken Menschen diese Versorgungssysteme nicht erreichen ist es unerheblich, wie weit ausgebaut diese sind.</p> <p>Anzuführen, dass Studien gezeigt haben, dass pHKP keine geeignete Maßnahme zur Entgegnung einer bestimmten Erkrankung ist, scheint auf den ersten Blick richtig zu sein. Damit wird aber dem verordnenden Facharzt die fachliche Kompetenz aberkannt, über dieses Wissen zu verfügen und passend zu entscheiden.</p> <p>Es sind bereits zwei bewährte Kontrollmechanismen wirksam um eine ungerechtfertigte Behandlung zu verhindern. Zum einen verhindert die Fachlichkeit der verordnenden Ärzte eine Leistung der pHKP die nicht erforderlich wäre dadurch, dass keine ärztliche Verordnung erfolgt. Zum anderen ist jeder Fachdienst für pHKP befugt, befähigt und verpflichtet Leistung dort zu beenden, wo das ärztliche Behandlungsziel nicht erreichbar ist.</p>
<p>Nr. 27 a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“: <b>Die BAPP schließt sich der Formulierung der KBV / PatV an.</b> <i>Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 6 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die pHKP weiterhin auf die Fähigkeitsstörungen positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.</i></p> <p>Bis zu 14 Einheiten (à 60 Minuten) pro Woche.</p> <p>Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan der BAPP vorzulegen</p>	<p>Die Bezeichnung „Einheiten“ ist ein sehr unspezifischer Begriff, der dazu geführt hat, dass Krankenkassen die „Einheiten“ sehr heterogen interpretieren. So lässt sich eine Spannweite von 25 Minuten je Einheit (Sachsen-Anhalt) bis 120 Minuten (Rheinland-Pfalz) feststellen.</p> <p>Diese Auslegung der GKVen führt dazu, dass psychisch erkrankte Menschen je nach Bundesland zwischen 350 Minuten pHKP pro Woche bis zu 1680 Minuten pHKP pro Woche erhalten (Maximalwerte bei 14 Einheiten). Im Sinne des gleichwertigen Leistungsanspruches aller Versicherten in Bundesrepublik muss hier seitens der Richtlinien steuernd eingegriffen werden.</p> <p>Die BAPP hat für die aktuellen Richtlinien bereits einen Behandlungsplan entworfen und verbreitet, der von den Kostenträgern anerkannt wird. Dieser Behandlungsplan enthält ausreichende Informationen für eine Sachbearbeiter-Entscheidung durch die Kostenträger ohne den Rahmen der Schweigepflicht zu verletzen. Medizinisch spezifizierte Informationen werden auf einem gesonderten Behandlungsplan nur für den MDK erstellt.</p> <p>Bei Aufnahme der vorgeschlagenen Änderung kann die BAPP binnen 14 Tagen den, den feststehenden Richtlinienveränderungen Rechnung tragend, neuen Behandlungsplan erstellen und veröffentlichen.</p>
<p>Abschließende Bemerkungen</p>	<p>Die BAPP begrüßt ausdrücklich die im Diskurs hervortretenden Änderungsvorschläge. Insbesondere die erkennbare Würdigung des Lebensweltbezuges und die daraus resultierende, weiter gefasste Auslegung des</p>

<b>Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V.</b>	
<b>23.10.2017</b>	
	<p>Häuslichkeitsbegriffes, sowie die erkennbare Einbeziehung der im sozialen Handlungskontext bedeutsamen Bezugspersonen.</p> <p>Die Klarstellung der Verordnungszeiträume, sowie die ebenso klare prognosegebundene Verlängerung der pHKP Verordnung ist ein elementarer Schritt in Richtung einer Versorgungsrealität, die den tatsächlichen Bedarfen und auch Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen Rechnung trägt.</p> <p>Sehr gerne steht die BAPP auch für weiter fachliche Diskurse rund um die Richtlinien und die Versorgungserfordernisse psychisch erkrankter Menschen zur Verfügung.</p>
Redaktionelle Änderungen	<p>„psychisch kranke Menschen“ (vgl. § 4 Absatz 2.1.1 ff). Dieser Terminus sollte auch schon aus ethischen Erwägungen in „psychisch erkrankte Menschen“ geändert werden. Diese Formulierung impliziert keine unabänderliche Stigmatisierung sondern eine positivistisch temporäre Erkrankung mit durchaus gegebenen Heilungsperspektiven</p>

Mit freundlichen Grüßen

**Michael Theune B.Sc.**  
1.Vorsitzender BAPP e.V.

Weinsberg den 23.10.2017

Klinikum am Weissenhof  
Weissenhof  
74189 Weinsberg  
Telefon 07134 75-4035  
Telefax 07134 75-4099  
Im Internet unter  
<http://www.klinikum-weissenhof.de>  
[www.bapp.info](http://www.bapp.info)

## 7.8 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 29. November 2017 eingeladen worden.

### Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 5. September 2017 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	Frau Dr. Tina Wessels	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)	Herr Alfred Karsten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)	Frau Nora Roßner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	Frau Maria Krause	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Andreas Gertzen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Herr Steffen Dolinski	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Helmut Thiede	JA	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

#### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

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

#### Frage 2: Beratungsverhältnisse

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

#### Frage 3: Honorare

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

#### Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere

einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

**Frage 5: Sonstige Unterstützung**

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

**Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

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

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden (siehe Tabelle unter Kapitel 7.6). Daher bedurfte es einer gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.

## Mündliche Anhörung



im Stellungsnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5 SGB V und § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) Verfo

**hier: Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Psychiatrische häusliche Krankenpflege**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin  
am 29. November 2017  
von 10.33 Uhr bis 11.58 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer der **Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP)**:

Herr Karsten

Angemeldete Teilnehmerin der **Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)**:

Frau Dr. Wessels

Angemeldete Teilnehmer des **Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP)**:

Herr Dolinski

Herr Thiede

Angemeldete Teilnehmer des **Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)**:

Herr Gertzen

Frau Krause

Angemeldete Teilnehmerin des **Deutschen Caritasverbandes e. V. (Caritas)**:

Frau Roßner

Beginn der Anhörung: 10.33 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen im Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wir befinden uns Richtlinien-Änderungsverfahren der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie, hier konkret beim Themenfeld Psychiatrische Häusliche Krankenpflege. Wir haben hierzu einen Richtlinien-Änderungsentwurf, der in weiten Teilen dissent war, zur schriftlichen Stellungnahme gestellt.

In diesem schriftlichen Stellungsverfahren haben die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V., der AWO Bundesverband, die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V., der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V., der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V., der Deutsche Caritasverband e. V., der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., das Deutsche Rote Kreuz e. V., die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. und der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. schriftliche Stellungnahmen eingereicht. Diese schriftlichen Stellungnahmen haben wir bereits in mehreren Arbeitsgruppensitzungen besprochen und ausgewertet. Die schriftlichen Stellungnehmer sind auch zur heutigen mündlichen Anhörung geladen. Die Bundesärztekammer hat auf die Abgabe einer mündlichen Stellungnahme verzichtet.

Ich muss nunmehr die Anwesenheit feststellen: Zur heutigen Anhörung ist zum einen die Bundespsychotherapeutenkammer erschienen, vertreten durch Frau Dr. Tina Wessels – ja –, dann die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V., BAPP, vertreten durch Herrn Alfred Karsten – er ist auch da –, dann der Deutschen Caritasverband e. V., vertreten durch Frau Nora Roßner – sie ist auch da, ja –, ferner der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V., vertreten durch Frau Maria Krause und Herrn Andreas Gertzen – jawohl – und der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., vertreten durch Herrn Steffen Dolinski – ja – und durch Herrn Helmut Thiede – jawohl. Alle sind da, und es sitzt auch niemand mehr da hinten, der nicht aufgerufen worden ist; es ist eine Gruppe, die ich noch überschauen kann. Seien Sie uns herzlich willkommen.

Jetzt gebe ich für diejenigen, die zum ersten Mal hier sind, einige kleine geschäftsleitende Hinweise: Erstens. Wir führen Wortprotokoll, das am Ende auch in der zusammenfassenden Dokumentation veröffentlicht werden wird. Bitte verwenden Sie deshalb jeweils das Mikrofon und nennen Sie Namen und entsendende Institution, wenn Sie sich äußern. Vertreter der Bänke werden Ihnen gegebenenfalls Fragen stellen und werden dann jeweils nur sagen, welcher Bank sie zugehörig sind.

Wir wollen die Anhörung so durchführen, dass wir nicht all das wiederholen, was Sie in schriftlichen Stellungnahmen überwiegend sogar identisch vorgetragen haben. Das haben wir gelesen, und das ist auch schon – ich sage das ausdrücklich, weil das manchmal ein bisschen unbefriedigend ist – in mehreren Arbeitsgruppensitzungen rauf und runter diskutiert worden. Der entscheidende Punkt der heutigen Anhörung ist die Fragestellung: Hat sich seit Abgabe Ihrer schriftlichen Stellungnahme noch irgendetwas ergeben, was Sie nicht vorgetragen haben, wovon Sie aber sagen, das müssen wir jetzt an dieser Stelle einfach noch einmal platzieren? Der zweite Punkt wird dann eben sein, den Bänken und selbstverständlich der Patientenvertretung Gelegenheit zu geben, in Kenntnis Ihrer abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen dann eben noch Verständnisfragen, inhaltliche Fragen, rechtliche Fragen oder sonst irgendwelche Fragen zu stellen.

Ich beginne mit der Fragerunde und der Fragemöglichkeit der Bänke und der Patientenvertretung, und dann würde ich Ihnen die Gelegenheit geben, um zu sagen, ob sich noch etwas verändert hat und inwieweit es noch irgendetwas gibt, worauf besonders hingewiesen werden sollte. Ich stelle zunächst die Frage an die Patientenvertretung und in Richtung der Bänke: Gibt es aus Ihrer Sicht Fragen auf der Basis der hier vorliegenden schriftlichen Stellungnahmen an die anwesenden Stellungnehmer, die jetzt noch der Diskussion bedürfen? – Keine? – Doch. – Bitte schön, Patientenvertretung.

**PatV:** Ich habe an die Stellungnehmer einige Fragen, zum einen direkt die Frage hinsichtlich der Anwendung der GAF-Skala. Dazu haben einige von Ihren Ausführungen gemacht. Es geht um die Frage, ob die GAF-Skala in Kombination mit Diagnosen verwendet werden soll, ob die GAF-Skala Diagnosen ersetzen kann und in welchen Fällen Sie, falls Diagnosen genannt werden, die Anwendung der GAF-Skala bei Nennung der Diagnose für sinnvoll halten. Diesbezüglich gab es bei Ihnen etwas unterschiedliche Positionen, und dazu haben wir die Frage, wie Sie das sehen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte beginnen? Wer kann, wer will, wer darf? – Bitte schön, Frau Dr. Wessels.

**Frau Dr. Wessels (BPtK):** Ich kann im Wesentlichen zu dieser Frage nur noch einmal das zusammenfassen, was wir in unserer Stellungnahme geäußert haben: Wir haben dafür plädiert, die GAF-Skala grundsätzlich zu verwenden, um zum einen eine Analogie zur Soziotherapie-Richtlinie herzustellen, in der die Verordnung von Soziotherapie auch immer an die Diagnose plus den Schweregrad oder die Beeinträchtigungen gekoppelt wird. Wir haben in unserer Stellungnahme zum anderen gesagt, dass wir keine Diagnosen grundsätzlich von der Verordnung von häuslicher Krankenpflege ausschließen, sondern den Grad der Beeinträchtigung in den Vordergrund stellen würden. Wir schlagen vor, dies wie in der Soziotherapie-Richtlinie eben über die GAF-Skala zu dokumentieren und transparent zu machen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Weitere Wortmeldungen? – Bitte schön, Herr Karsten.

**Herr Karsten (BAPP):** Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege ist eher pragmatisch und sagt: Wenn wir um die GAF-Skala nicht herumkommen, dann machen wir das. Wir sind es gewohnt, und wir tragen es auch im Bereich der Soziotherapie mit, halten es allerdings für eine Doppelung, wenn man GAF-Bewertungen einführt und gleichzeitig eine Diagnoseeinschränkung vornimmt. Letztlich konkurrenziert das eine dann das andere. Unsere Haltung ist daher, wie auch in der Stellungnahme dargelegt: Wenn wir eine Einstufung nach der GAF-Skala vornehmen, dann kann eine Diagnosebegrenzung nur entfallen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Weitere Wortmeldungen? – Bitte schön, Herr Thiede.

**Herr Thiede (Dachverband):** Wir schließen uns dem an.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. – PatV, hinreichend beantwortet? – Weitere Frage? – PatV, Frau H. – Ist die Anonymität jetzt noch gewährleistet?

(Zuruf: Ja!)

**PatV:** Vielen Dank erst einmal dafür. Gehen wir sozusagen in den Diagnosen-Bereich und schauen dann doch noch einmal einzelne Diagnosen an. Ausgehend davon, dass es vielleicht doch nicht so kommt, dass der Diagnosebereich komplett geöffnet würde, ist aus Sicht der Patientenvertretung wichtig, den Suchtbereich noch einmal zu beleuchten.

Die Patientenvertretung ist bislang die einzige Bank, die diese Diagnosen auch für die pHKP vorschlägt. Es gab vereinzelt Stellungnahmen dazu. Wir würden gerne nachfragen, wie Sie das auch aus der praktischen Versorgung heraus einschätzen, möglicherweise auch im Zusammenhang mit einer GAF-Skala. Oder gibt es Diagnosen, bei denen Sie sagen, das macht vor dem Hintergrund bestehender Suchthilfen keinen Sinn? Wie würden Sie da das Zusammenspiel sehen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte? – Bitte schön.

**Frau Roßner (Caritas):** Wir haben dazu Stellung genommen. Wir haben übrigens auch befürwortet, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit aufzunehmen. Dies haben wir vor dem Hintergrund getan, dass dies unseres Erachtens Diagnosen sind, die vor allen Dingen auf jüngere Leute zutreffen, also Leute im Teenageralter und im jungen Erwachsenenalter. Wir halten es für günstig, es aufzunehmen, weil Psychiatriekarrieren dadurch, dass die Leute in der Häuslichkeit verbleiben können und eine entsprechende Begleitung durch Krankenpflege und nicht durch Soziotherapie stattfindet, die ja in erster Linie auf Teilhabe orientiert ist, vermieden werden können.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Thiede.

**Herr Thiede (Dachverband):** Eine kleine Ergänzung; Grundsätzlich ja, und aus der Praxis heraus muss man wirklich deutlich sagen, dass es zum Beispiel die APP [ambulante psychiatrische Pflege] ganz häufig ermöglicht, überhaupt zu weiterführenden Hilfen zu vermitteln. Das ist sehr häufig der Fall.

Das Problem der Doppeldiagnose wird Ihnen allen sehr vertraut sein. Das heißt, bei der Verordnung von APP kommt es ganz häufig dazu, auch beim Vorliegen mehrerer Diagnosen, dass zum Beispiel im Augenblick der Suchtdruck oder die Suchthematik im Vordergrund steht. Dann steht da als Behandlungsdiagnose eine Suchtdiagnose. Im Prinzip ist es sehr häufig multimorbid. Wir sprechen uns sehr klar dafür aus, dass an dieser Stelle eine Öffnung für alle Diagnosen gegeben sein muss. Es ist richtig, die Suchtkrankenhilfe zu nennen; aber das ist auf der einen Seite noch sehr lückenhaft, während auf der anderen Seite die Vermittlung und auch das Unterstützen im häuslichen Kontext und im sozialen Kontext ist einen ganz wesentlichen Anteil hat.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Beantwortet das Ihre Frage? – Weitere Fragen? – Entschuldigung. Herr Karsten, Ihre Wortmeldung habe ich übersehen.

**Herr Karsten (BAPP):** Ich will dazu noch ergänzen, dass aus der Sicht der ambulant psychiatrischen Pflege keinerlei Diagnoseeinschränkungen gemacht werden sollten, insbesondere im Hinblick auf die UN-Menschenrechtskonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention. Wir hätten durch die GAF-Skalierung, wenn sie denn eingeführt werden würde, eine dritte Kontrollinstanz. Die erste Kontrollinstanz ist die Fachlichkeit des verordnenden Facharztes. Ich meine, man darf mit den Richtlinien dem Facharzt seine Fachlichkeit nicht absprechen. Außerdem haben wir die Auflagen der ambulant psychiatrischen Pflege, die gehalten und verpflichtet ist, wenn sich abzeichnet, dass unter irgendeiner Diagnose, beliebig welcher Art, eine ambulant psychiatrische Pflege nicht zielführend ist, diese auch zu beenden. Das heißt, wir haben bereits drei Kontrollmechanismen: durch die GAF-Skalierung, durch den Facharzt und durch die Auflagen der APP. Eine weitere Diagnoseeinschränkung ist aus unserer Sicht nicht zielführend, sondern stigmatisierend. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Weitere Fragen? – Entschuldigung, eine Ergänzung.

**Herr Gertzen (DBfK):** Ich arbeite auch noch ambulant vor Ort mit den psychiatrisch erkrankten Menschen, und mir stellt sich tatsächlich die Frage, warum es überhaupt zu einer Einschränkung zu den Diagnosen gekommen ist. Wenn man über posttraumatische Belastungsstörungen spricht – ich denke, jeder von Ihnen kennt jemanden, der so etwas hat – stellt sich die Frage: Warum darf dieser Mensch nicht im Rahmen der APP versorgt werden, warum wird dies nicht refinanziert? Das ist eine für mich ganz wesentliche Frage.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist ja noch nicht alt. Auch in Bezug darauf, dass das Ganze nach vier Monaten eingegrenzt wird, stellt sich für mich die Frage, warum das so ist. Wenn ich einmal ein ganz bekanntes Beispiel nehme, Herrn Robert Enke, so bedurfte er einer Hilfe. Er stand in der Öffentlichkeit, hatte eine Familie, nach außen war alles prima. Aber da müssen wir vor Ort einfach tätig werden, und das sollte meines Erachtens weder zeitlich begrenzt werden noch von der Diagnose abhängig sein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – KBV, bitte.

**KBV:** Ich habe ebenfalls eine Frage zu den Diagnosen. Wir haben das ja sehr lange diskutiert: es gab auch eine Expertenanhörung dazu. Im Kontext der differenzialtherapeutischen Überlegungen – wir haben ja die Soziotherapie, wir haben die Psychotherapie mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen, wir haben natürlich die klassische psychiatrische Versorgung und anderes – steht die Frage: Gibt es bei den Kontraindikationen oder beim gezielten differenzialtherapeutischen Einsatz von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege von Ihrer Seite insgesamt auch Aspekte, die Pflege vielleicht nicht durchzuführen, sondern stattdessen zum Beispiel die Psychotherapie zu favorisieren? Gibt es grundsätzlich aus Ihrer Sicht Kontraindikationen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte? – Bitte schön, Herr Thiede, dann Herr Karsten.

**Herr Thiede (Dachverband):** Das ist eine sehr komplexe Frage, Herr M. Wenn ich Folgendes äußern darf – ich hoffe, das darf ich hier –, würde ich gerne sagen, dass APP und Soziotherapie zum Beispiel zeitgleich durchaus als Maßnahmen möglich sein müssten.

In der Ausdifferenzierung möchte ich erklären, warum. Die APP ist weitaus basaler angesetzt, im Lebensumfeld des Menschen, mit vielen Einheiten, mit viel Unterstützung, mit vielen Aspekten aus dem sozialen, aber auch dem therapeutischen Bereich. Das, was ich eben sagte, ist unsere Erfahrung aus Bremen seit 2001, dass wir durch die ambulante psychiatrische Pflege sehr wohl Menschen beispielsweise auch nach langwierigen Krankenhausaufenthalten in der Häuslichkeit und im sozialen Umfeld versorgen und ihnen auch weiterführende Hilfen zukommen lassen.

Meines Erachtens sind wir uns sehr einig darin, dass dann, wenn es Grenzen oder andere, weitere Möglichkeiten gibt, zum Beispiel eben auch psychotherapeutische Verfahren, sie initiiert und teilweise mit dem Psychotherapeuten begleitend durchgeführt werden. Dabei geht es zum Beispiel um verhaltenstherapeutische Aspekte: Wenn jemand wegen starker Ängste nicht in der Lage ist, seine Wohnung zu verlassen, könnte dies zum Beispiel einübendes Straßenbahnfahren sein. Hilfen dazu, sich in der sozialen Umwelt wieder zurechtzufinden, sind originär pflegerische Tätigkeiten, die dann zum Beispiel den Therapieerfolg verstetigen. Das ist ein ganz wesentlicher Aspekt. Deshalb bin ich sehr dankbar für die Frage. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Karsten.

**Herr Karsten (BAPP):** Wir haben hier das Problem, dass die verschiedenen Ethikansätze voneinander abweichen. In der Medizinethik geht es um die Versorgung, und in der Pflege geht es eher um die Care-Ethik, das heißt, wir begleiten in Augenhöhe mit dem betreffenden Menschen. Da gibt es aus meiner Sicht – ich bin auch Praktiker – keine Kontraindikation per se, die man über eine bestimmte Personen-Gruppe oder Diagnosegruppe streuen könnte. Das ist aufgrund der Individualität des jeweiligen Menschen total unterschiedlich.

Wenn wir die Betrachtungsweise von Antonovsky heranziehen und sagen, wir gucken salutogenetisch, wer denn befähigt ist, überhaupt wieder ins Gesunde zurückzukommen, dann kann das bei dem einen persönlichkeitsgestörten Patienten auftreten und bei dem nächsten wieder nicht. Das ist eine Einzelfallentscheidung. Es konterkarierte tatsächlich die Arbeit vor Ort, wenn wir pauschal sagten, ihr dürft es nicht, ihr dürft nicht daran teilnehmen.

Wir haben – ich möchte es wiederholen – die Fachlichkeit Ihrer eigenen Berufsgruppe, der Fachärzte dazwischengeschaltet, die sehr wohl wissen, welchen Patienten sie das angeeignet lassen können, und dann haben wir die Pflege. Ich sage es in der Praxis immer wieder, dass die ambulant psychiatrisch Pflegenden die Augen und Ohren des Facharztes außerhalb der Praxis sind. Die enge Zusammenarbeit mit dem verordnenden Facharzt, die sich allerdings in den Verträgen und in der Finanzierung nicht abbildet, ermöglicht nämlich, dass wir eigentlich keinen Ausschluss unterstützen müssen. Wir müssen keine Personengruppe per se ausschließen; wir müssen darüber jedes Mal als Einzelfall entscheiden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ergänzend Frau Roßner.

**Frau Roßner (Caritas):** Da ich ursprünglich aus der Pflege komme, nehme ich ein Beispiel: Ich habe eine junge Borderline-Patientin. Sie braucht nicht nur Psychotherapie – vielleicht braucht sie gar keine Psychotherapie in dem Sinne –, sie braucht auch nicht unbedingt Soziotherapie, sondern mitunter einfach eine klare Tagesstrukturierung, also so etwas wie einen normalen Tagesablauf: morgens in die Schule oder zur Ausbildung gehen, sich etwas zu essen machen, regelmäßig duschen usw. Das sind eigentlich originäre Felder der Pflege – nicht nur –; in diesem ganzen Bereich der Selbstversorgung wieder Skills zu erwerben oder wieder Fähigkeiten zu bekommen und zu festigen, das ist meines Erachtens einfach ein Auftrag der Pflege – deshalb diese häusliche psychiatrische Krankenpflege.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Bitte schön.

**Frau Dr. Wessels (BPtK):** Wir möchten an dieser Stelle erstens noch einmal festhalten, dass grundsätzlich jede psychische Erkrankung zu so starken Beeinträchtigungen im Alltag führen kann, dass die Verordnung von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege gerechtfertigt ist. Zweitens möchten wir nicht bzw. warnen wir davor, Psychotherapie gegen psychiatrische Krankenpflege auszuspielen. Das sind zwei grundsätzlich sich voneinander unterscheidende Leistungen, die mit unterschiedlicher fachlicher Qualifikation mit unterschiedlichen Zielen erbracht werden und die sich durchaus ergänzen und unterstützen können. An dieser Stelle möchte ich dann auch Herrn Thiede beipflichten, dass psychiatrische häusliche Krankenpflege oftmals erst den Beginn einer Psychotherapie möglich macht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich habe jetzt die Wortmeldung von Frau Krause, wobei ich zunächst sagen will: Bislang habe ich nicht wahrgenommen, dass hier irgendjemand irgendetwas gegeneinander ausspielen will. Vielmehr ist die Frage: Gibt es mögliche Abgrenzungskriterien oder Übergänge, in Bezug auf die man sagt, okay, da ist jetzt die häusliche Krankenpflege nicht das probate Mittel, sondern man muss dann eben möglicherweise eine alleinige andere Therapieoption wählen? Dass es Fallkonstellationen gibt, bei denen das kumulativ notwendig ist, bestreitet im Zweifel niemand.

Insofern ist das meines Erachtens nicht die Intention der Fragestellung. – Wir haben jetzt Frau Krause, dann habe ich eine Frage vom GKV-Spitzenverband und dann noch einmal eine Frage der Patientenvertretung.

**Frau Krause (DBfK):** Ich möchte in Ergänzung zu den Ausführungen Frau Roßners einbringen, dass es für uns der Hinweis ganz wichtig ist, wenn wir jetzt bei diesem Beispiel der Boderline-Persönlichkeit sind, dass wir unbedingt darauf achten müssen, dass Leistungen wie die psychiatrische Hauskrankenpflege nicht beispielsweise in das SGB XI verschoben werden. Dieses Risiko ist enorm.

Durch die Einführung der Pflegegrade haben wir zwar einen großen Fortschritt gemacht, dadurch, dass es eine Berücksichtigung gibt. Wir sehen aber auch tatsächlich in der Praxis, wir sehen auf Länderebene, dass es zunächst einmal eine Verschiebung der psychiatrischen Hauskrankenpflege ins SGB XI gibt. Das kann tatsächlich nicht zielführend sein. Hier muss ganz scharf reguliert werden, hier muss ganz dringend darauf geachtet werden, dass diese Leistungen tatsächlich Leistungen der psychiatrischen Hauskrankenpflege sind. Es geht hier nicht darum, dass jemand beim Duschen unterstützt wird, sondern dass jemand wirklich eine pflegfachliche Begleitung benötigt, die entsprechend gewährleistet werden muss.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Jetzt habe ich eine Wortmeldung des GKV-Spitzenverbandes.

**GKV-SV:** Ich habe Ihre Antworten auf die Frage der KBV so verstanden, dass es aus Ihrer Sicht keine per-se-Kontraindikation gibt. Die Frage war aber ja auch auf Folgendes gerichtet: Gibt es überhaupt eine Grenze? Deswegen frage ich, inwieweit es denn aus Ihren Erfahrungen mit solchen Einzelfällen heraus Fallgestaltungen gibt, die Sie uns jetzt schildern können, in denen Sie dann zu dem Ergebnis gekommen sind, hier ist jetzt die Grenze der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erreicht, und bei denen es tatsächlich dazu gekommen ist, dass die Leistung der häuslichen Krankenpflege beendet wurde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jetzt sind eigentlich alle angesprochen. Fangen wir von rechts nach links an, mit Herrn Thiede, und dann gehen wir Sie einmal durch.

**Herr Thiede (Dachverband):** Natürlich ist das so; ich habe eben auch schon versucht, das anklingen zu lassen, Man sollte sehr genau gucken, auch am Anfang: Wann ist eine Abgrenzung zur Soziotherapie gegeben, das heißt, als koordinierende Leistung im sozialen Umfeld? Gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen – so habe ich zumindest die Intention Ihrer Frage verstanden – ist es so, dass beispielsweise eine Überleitung ins Betreute Wohnen etwas Derartiges ist. Eingliederungshilfe nach SGB XII ist etwas, was in dem Maße bei chronisch erkrankten Menschen tatsächlich zumindest aus meiner Erfahrung heraus in all den Jahren passiert. Ein weiterer ganz wesentlicher Aspekt ist die Compliance. Das heißt, die Mitwirkungspflicht eines Menschen weist für uns in unserer Arbeit dort Grenzen auf. Das sind ganz wesentliche Punkte. Ansonsten würde ich das, was Herr Karsten sagte, voll unterstützen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer ist der nächste? – Herr Dolinski.

**Herr Dolinski (Dachverband):** Generell möchte ich sagen, dass ich zuerst einmal sehr froh bin, dass ambulante psychiatrische Pflege keine Dauerleistung ist. Ich sehe die Begrenzung sicherlich eher bei sechs Monaten als bei vier oder vielleicht auch in einem Einheitenkontingent. Aber in der Praxis erlebe ich schon, dass es auch Ansporn gibt zu wissen: Diese Leistung ist irgendwann zu Ende. Soweit einmal zur zeitlichen Grenze.

Inhaltlich besteht die Grenze natürlich an dem Punkt, da der Betroffene die Tür nicht öffnet, da keine Behandlungsfähigkeit, keine Beziehung aufbaubar ist und derjenige den Kontakt nicht zulässt. Bereits in dem Moment, wenn er die Tür öffnet, gibt es eine Auseinandersetzung – mit Erkrankung, mit sozialer Interaktion – und ein Lernfeld. In der Praxis sind die Fälle, in denen kein Beziehungsaufbau gelingt, nicht bei 10 Prozent, eher geringer als 10 Prozent. Eigentlich sind diejenigen, die in ambulante psychiatrische Pflege vermitteln, offenbar auch schon so blickig, dass sie sehen: Das ist eine Person, bei der das gelingen könnte.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Weiter: Wer möchte, von rechts nach links?

**Herr Gertzen (DBfK):** Ich muss jetzt einmal kurz Herrn Dolinski bezüglich der zeitlichen Begrenzung widersprechen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Das hatten Sie ja bei Ihrer vorherigen Antwort schon gesagt.

**Herr Gertzen (DBfK):** Auch im Rahmen der Eingliederungshilfe ist es üblich, dass man das über Jahre macht. Es gibt sicherlich auch eine Abgrenzung zur Soziotherapie; es kann durchaus sein, dass wir den Patienten so weit stabilisieren, dass er noch zur Soziotherapie geht und wir glücklich und zufrieden sind, dass er auch weiterhin im Rahmen der soziotherapeutischen Begleitung versorgt werden kann. Wir sind also nicht darauf bedacht, die Menschen da auf Gedeih und Verderb sehr lange zu begleiten, wenn dies denn nicht mehr notwendig ist. Sehr häufig geht ja auch die Diagnose 33.2 [„Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome“] oder die 32.2, die schwere Depression [„Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“], in eine mittelgradige schwere Depression über, was nicht mehr ordnungsrelevant ist, was meines Erachtens auch sehr fraglich ist; aber die Betroffenen sind sehr froh, dass sie dann im Anschluss soziotherapeutisch begleitet werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Bitte schön.

**Herr Dolinski (Dachverband):** Darf ich darauf noch kurz erwidern?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar.

**Herr Dolinski (Dachverband):** Dieses Ende der ambulanten psychiatrischen Pflege heißt natürlich nicht das Ende aller Unterstützung oder aller Hilfen. Zentral finde ich sehr wohl, dass auch ambulante psychiatrische Pflege in einer erneuten Krise wieder verordnet werden darf, auch wenn die Pause kurz ist. Natürlich geht ein erheblicher Teil der begleiteten Personen in andere Hilfen, also in eine Soziotherapie oder auch in eine Eingliederungshilfe. Trotz alledem erlebe ich mit den Menschen, mit denen ich vor Ort arbeite, dass es ganz gut ist, wenn wir sagen, dort können Sie das Erlebte dann auch erst einmal umsetzen, probieren Sie sich aus; wenn das schwierig ist, dann ist eine neue Verordnung möglich.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Bitte schön, Frau Roßner.

**Frau Roßner (Caritas):** Aus meiner Sicht sind es im Wesentlichen zwei Gründe; sie sind auch genannt worden: Das eine ist die nicht vorhandene Compliance, also nicht mangelnde, sondern nicht vorhandene. Aus meiner Sicht hat auch jeder das Recht, Dinge zu verweigern, sie abzulehnen. Dann ist es eben so, dann kann man auch nichts tun. Das andere ist wirklich der Punkt, an dem es in eine andere Versorgungs- oder Betreuungsform übergeht, weil es einfach aufgrund des Zustandes angezeigt ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Karsten.

**Herr Karsten (BAPP):** Wir haben Fälle erlebt, in denen wir die ambulante psychiatrische Pflege beenden mussten, wenn es zum Beispiel bei unkontrolliertem Substanzgebrauch nicht möglich war, eine Einsicht zu erreichen, und der Betroffene Substanzen in überhohem Maße konsumiert hat, sodass ein therapeutisches Arbeiten unmöglich wurde. Insbesondere dann, wenn sich das mit den beiden Bereichen Fremd- und Selbstgefährdung schneidet, endet die Möglichkeit der ambulanten psychiatrischen Pflege. Dem muss auch eine gewisse Unsteuerbarkeit in der Erkrankung des Resilienten (?) zugrunde liegen, die er zeigt. Das wäre aber dann wieder das Individuelle. Wir können festhalten: Immer dann, wenn eine akute Selbst- und Fremdgefährdung vorliegt, können wir sagen, dass das nicht mehr das Mittel der Wahl ist.

Zum Thema Compliance, was ja nur willfähiges Einfügen in eine vorgegebene Behandlung bedeutet: Sie muss gegeben sein, ja. Wenn sich jemand nicht in eine Behandlung einfügen kann, natürlich mit dem Ziel des Empowerments und des Recovery, der Wiedergenesung, sich am Start nicht compliant zeigt, dann wird man auch das Recht der Verwahrlosung oder das Recht des Vollzuges akzeptieren müssen und die APP beenden.

Natürlich haben wir die ambulante psychiatrische Pflege auch schon durch vorzeitige Zielerreichung beendet. Das kommt regelhaft vor, insbesondere dann, wenn es darum geht, jemanden zu stärken und für die Psychotherapie zugänglich zu machen oder die belastende Wartezeit, wie es vor der Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie noch viel schlimmer war – sechs, neun oder zwölf Monate Wartezeit –, zu überbrücken, indem wir da unterstützend tätig geworden sind und dann eine Zielerreichung geschafft haben. Das war das Ende der APP.

Ansonsten kann ich nur sagen: Wenn die ambulante psychiatrische Pflege die Erlaubnis nicht erhält – das wurde von der GKV hier in den Unterlagen noch einmal aufgeführt –, die Lotsenfunktion auszuführen, nämlich eine Überleitung in nachversorgende Strukturen zu etablieren, eine Steuerung auszuüben, wohin es geht, die Frage zu beantworten, ob Leistungen des SGB XI oder des somatischen Pflegedienstes angezeigt sind, und dies zu ermöglichen, dann, wenn dies nicht Bestandteil sein soll, ist es wie bei einer Diabeteserkrankung, bei der der Betroffene eine Insulinspritze durch den Pflegedienst braucht: Warum sollte der psychisch Kranke nicht lebenslang ambulante psychiatrische Pflege bekommen können?

Aus meiner beruflichen Erfahrung kann ich sagen: Diese Begrenzung auf vielleicht zwölf Monate Maximum am Stück wäre förderlich. Aber Folgendes muss hier noch einmal ganz klar gesagt werden: Es gibt keine Regelung der Wiederverordenbarkeit. Es gibt Krankenkassen, die sagen: Dieser Mensch hat einmal in seinem Leben ambulante psychiatrische Pflege bekommen und bekommt sie nicht wieder, weil die Richtlinien es nicht hergeben. Wie auch immer die Krankenkassen dies gemeint haben, ich als Mitglied der Leitung des BAPP und auch als am Patienten Tätiger erlebe so etwas tagtäglich, und ich bitte um eine Regelung zur Wiederverordenbarkeit. Wir haben dies in der Physiotherapie: Es gibt die Behandlung im Regelfall und die Behandlung außerhalb des Regelfalls, und es gibt die definierte Wartezeit. Das muss Bestandteil einer solchen Richtlinie sein, damit der Mensch an sein Recht kommt und sagen kann, ja, mein Facharzt verordnet es mir, ich habe sechs Monate keine APP gehabt. Darauf antwortet die eine Krankenkasse, ja, Sie haben sechs Monate Pause gemacht, Sie dürfen, und die nächste sagt, nein, das war in diesem Kalenderjahr, Sie dürfen nicht, Sie dürfen nur einmal pro Kalenderjahr. Diese unterschiedlichen Auffassungen bestehen nicht nur zwischen Bundesländern; sie differieren auch noch innerhalb der Bundesländer von Kasse zu Kasse und von Sachbearbeiter zu Sachbearbeiter innerhalb derselben Krankenkasse. Deswegen äußere ich den nachdrücklichen Appell der BAPP an dieses Gremium, da festzulegen, was es ist.

Genauso gilt dies für die Einheiten. Es gibt keine Regelung der Einheiten: Was ist eine Einheit? Eine Einheit ist in Deutschland mit einer willkürlichen Zeitspanne zwischen 25 und 120 Minuten definiert, und daher kommt nicht dasselbe bei jedem Versicherten an, weil in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt gesagt wird, 25 Minuten pro Einheit, und dann sind 14 Einheiten pro Woche deutlich weniger als in Rheinland-Pfalz mit 120 Minuten pro Einheit. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich habe einmal eine Nachfrage. Sie haben freudig erregt von vorzeitiger Zielerreichung gesprochen. Können Sie quantifizieren, bei wie vielen Fällen vorzeitige Zielerreichung eintritt? Dabei ist „vorzeitige Zielerreichung“ meines Erachtens eine sehr kühne Formulierung. Ich ging eigentlich davon aus, dass bei einer gewissen Patientenklientel und bei einem gewissen Anteil diese vorzeitige Zielerreichung eigentlich das Ziel der überbrückungsweisen Hilfestellungen sein sollte und dies vielleicht eher häufiger vorkommt. Nach dem, was ich bis jetzt gehört habe, gewinne ich eher den Eindruck, dass Sie sagen, die Masse der Klientel, die wir zu betreuen haben, ist eigentlich dauerbehandlungs-, pflegebedürftig.

Das erinnert mich, weil ich auch den Unterausschuss Arzneimittel leite, dann ein wenig an die Kombinationstherapien im onkologischen Bereich. Die Betroffenen sind nicht nur dauerbehandlungsbedürftig im Sinne von Pflege, sondern sie brauchen im Prinzip alles, und alles ergänzt sich und alles ist komplementär und nichts ist endlich. Irgendwann stellt sich, wenn das Instrumentarium des SGB V ausgeschöpft ist, die Frage: Gibt es dann eine Überführung in ein anderes Sozialleistungssystem? Da hätte ich doch gern einfach eine Quantifizierung, auf welchem Level diese vorzeitige Zielerreichung – ich verwende diese Terminologie, obgleich sie manchmal für mich eher etwas fremd ist – zu quantifizieren ist. – Dann gehen wir weiter in der Rednerliste. – Herr Thiede.

**Herr Thiede (Dachverband):** Auch das ist eine ganz tolle Frage. Ich arbeite in Bremen bei der GAPSY, also der Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste. Wir sind seit 2001 mit der APP quasi am Start. Die Veränderung der HKP-Richtlinien 2005 habe ich zum Anlass genommen, einfach einmal nach den Zahlen zu schauen. Damals stellten wir fest, dass wir im Mittel über alle Patienten ohne Diagnoseeinschränkung einen Versorgungszeitraum von circa sechs Monaten hatten.

Ihre Frage ist richtig: Es gibt Patienten, denen mit einem Einsatz in massiver Form oder sogar von wenigen Stunden innerhalb von drei bis vier Monaten sehr schnell geholfen werden kann, in der Regel. Aber sehr viele der Patienten, von denen wir hier sprechen, sind Patienten, die letztlich immer wiederkehrend im psychiatrischen System aufploppen und sowohl stationär als auch teilstationär versorgt werden und die immer wieder in der lückenhaften Versorgung, wenn man so will, die eigentlich durchaus noch da ist, und in dem Nichtzusammenwirken der Systeme immer wieder über lange Strecken zwar versorgt werden, dann wieder nicht versorgt werden, es dann, wie Herr Karsten eben sagte, zum Beispiel keine weitere Genehmigung gibt und anschließend im Prinzip wieder das ganze Spiel von vorne losgeht.

Nach unseren Erfahrungen würde ich sagen, dass 50 bis 60 Prozent der Patienten relativ gut mit Einheiten bis zu sechs Monaten, sieben Monaten, versorgt werden können, teilweise mit abnehmenden Einheiten. Aber besser wäre eigentlich eine Kontingentlösung, weil wir immer wieder Folgendes feststellen: Krisen scheinen gemildert zu sein, dann kommt irgendein Ereignis, und schon geht es wieder los.

Wenn ich Sie richtig verstehe, geht es ja darum, das ganze Leistungsspektrum nicht unnötig auszuweiten. Da bin ich ganz – –

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein, mir geht es darum, die systemische Abgrenzung zu vollziehen und zu sagen, inwieweit wir noch im SGB V richtig sind oder in die Eingliederungshilfen hinein müssen; denn das ist ja die Konsequenz aus dem, was ich bislang gehört habe. Ich habe bislang von Patientenkarrerien gehört, die nicht endlich sind und die dann irgendwann, wenn das im SGB V nicht mehr funktioniert, in die Eingliederungshilfe gehen. Mir stellt sich daher die Frage, ob dies möglicherweise zu einem Zeitpunkt X schon absehbar ist, da ich dann nicht mehr über die Kumulation von verschiedenen Leistungen, koordiniert oder unkoordiniert, sprechen muss, sondern an dem ich mir die nächste Frage stellen muss: Ist hier auch in Ansehung der UN-Behinderten- und Menschenrechtskonvention nicht möglicherweise Eingliederungshilfe das probate Mittel? Das ist für mich die Frage, die sich immer mehr verdichtet, je länger die hiesige Veranstaltung dauert. Das finde ich sehr spannend, und daraus hätten wir ja dann rechtlich die Schlussfolgerungen zu ziehen.

**Herr Thiede (Dachverband):** Aus den Erfahrungen, die ich Ihnen dazu aus Bremen beisteuern kann, ist es tatsächlich so: Der Sozialhilfeträger ist natürlich an dieser Stelle nicht besonders interessiert, dass SGB-XII-Maßnahmen im Prinzip ausgeweitet werden; das ist richtig.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Das kann ich mir vorstellen, klar.

**Herr Thiede (Dachverband):** Ich sage es aus unseren Erfahrungen einmal so: Viele von Ihnen werden die IV-Netzwerke kennen, also die besonderen Versorgungsverträge. Da haben wir mit den Krankenkassen festgestellt, dass eine befristete Versorgung von bis zu drei Jahren im Prinzip bei vielen Patienten gar nicht ausreicht. Das ist die gleiche Frage, die wir erst einmal von dieser Seite aus alleine beantworten können, weil es diese Verschiebebahnhöfe immer gibt. Das ist so, unabhängig davon, ob wir von einer Pflege oder einer Soziotherapie sprechen: Wenn deutlich wird, dass jemand längerfristige Hilfe braucht, dann kommen wir an dieser Stelle ganz stark an die Grenzen.

Das, was Herr Dolinski sagt, ist tatsächlich so: davon bin ich auch Fan – das müssen wir hier auf der Bank aber noch klären –: Die Endlichkeit von Maßnahmen ist etwas ganz Wesentliches. Das muss klar sein, das muss deutlich sein. Das heißt, dies ist bei der Art und Weise, wie wir arbeiten, ein Instrument: Du hast uns nicht ewig, und wir begleiten dich, damit du wieder in deinem Lebensumfeld zurechtkommst.

Das Gefüge zwischen den Leistungs- oder Kostenarten zusammenzuführen sehe ich als eine nächste Aufgabe. Da wäre es wirklich wichtig zu sagen: Man muss im Prinzip zu anderen Lösungen der gemeinsamen Hilfestellung oder zu Finanzierungslösungen kommen. Das steht aber auf einem anderen Blatt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jetzt hatte ich noch Frau Wessels. – Das hat sich erledigt. Dann habe ich Herrn Gertzen und Herrn Karsten, und anschließend habe ich noch eine Frage von der PatV. – Herr Gertzen, bitte.

**Herr Gertzen (DBfK):** Sie sprachen gerade die Abgrenzung zur Eingliederungshilfe an. Das halte ich für ein sehr spannendes Thema, denn fast alle der hier Anwesenden müssten die APP oder die Begleitung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung selber bezahlen. Wir haben keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe. Das heißt, wir haben jetzt sehr lange alle reichlich in die Krankenkassen eingezahlt; aber wenn wir psychisch krank werden, was jedem von uns hier passieren kann, ist die Krankenkasse nicht mehr dafür verantwortlich, sodass wir es dann selber finanzieren müssen. Ich kenne es von vielen Menschen, die ich begleite, dass das selber refinanziert werden muss. Die Eingliederungshilfe zahlt, wenn keine Gelder vorhanden sind, wenn kein Privatvermögen da ist. Da wird alles berücksichtigt, auch

das, was die Kinder besitzen, etc. Das ist ganz schwierig, und das empfinde ich als super spannend; denn es betrifft alle, die hier sitzen.

Ich möchte es einmal so pauschal sagen: Wenn jemand psychisch krank wird, dann hat er [die dadurch entstehenden Kosten] selber zu refinanzieren. Das wird nicht irgendeinem anderen Kostenträger übertragen. Wenn wir aber aufgrund einer Tatsache, dass wir vielleicht zu viel rauchen oder ungesund gelebt haben oder sonst etwas, ins Koma fallen, dann wird nicht diskutiert, ob man die Behandlungen nach vier Monaten abbricht, die intensivpflegerische Versorgung, sondern es ist ganz normal für jeden von uns, dass das weiter refinanziert wird. Nur bei psychisch kranken Menschen muss man dann, wenn die Eingliederungshilfe nicht greift, selber in die Tasche greifen. Das halte ich für sehr diskussionsbedürftig.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Die Frage, die sich dann aber stellen müsste und stellen wird, betrifft Folgendes: Wenn man die Eingliederungshilfe außen vor lässt, wobei die Systemfrage eben nicht zu beantworten ist – sie muss der Gesetzgeber beantworten –, stellt sich für mich vor diesem Hintergrund natürlich die Frage – das gibt es bei jeder anderen Erkrankung auch: insofern ist das jetzt keine Benachteiligung psychisch kranker Menschen –: Wann ist dem Gebot des § 12 SGB V und anderer Obliegenheiten noch Rechnung getragen, wenn absehbar ist, dass bestimmte Zustände im ambulanten Kontext nicht veränderungsfähig sind, wann kann die Addition aus verschiedenen Therapieoptionen dann eben als am Ende nicht zielführend angesehen werden?

Dann muss man sich die Frage stellen: Okay, muss es jetzt nicht eine andere teilstationäre oder vollstationäre Leistung sein – es muss ja nicht unbedingt ein psychiatrisches Krankenhaus sein, sondern betreutes Wohnen oder so etwas –, die gleichermaßen die Rechte des Patienten wahrt, die gleichermaßen seine Wohlfahrt befördert, die unter dem Strich aber möglicherweise mit Blick auf das Gesamtsystem dann zumindest ökonomisch zielführender ist? Diese Frage stelle ich mir. Da kann man immer sagen, ja, die Patientenautonomie, herzlichen Glückwunsch, und irgendwelche Konventionen – alles richtig. Nur stellen wir an vielen anderen Stellen, in anderen Therapiegebieten diese Frage in gleicher Weise: Wie lange kann ich bestimmte ambulante Kontexte aufrechterhalten?

Deshalb sage ich auch: Diese zeitliche Limitation, unabhängig davon, dass Sie da keinen Konsens haben, ist für mich ein entscheidendes Kriterium. Wenn ich sage, ich wurschtele ein ganzes Leben, obwohl absehbar ist, dass das [die Erkrankung] nicht endlich ist, mit psychiatrischer Krankenpflege, mit Psychotherapie, mit Soziotherapie, mit dem und mit jenem und mit noch etwas, aber im Status verändert sich überhaupt nichts, dann muss ich irgendwann auch die Frage stellen, egal, wer der Kostenträger ist: Ist jetzt hier nicht eine betreute Wohnform oder irgendein anderes Hilfsangebot möglicherweise für den Patienten in gleicher Weise zielführend und für das System möglicherweise weniger belastend? Ich äußere dies, ohne damit sagen zu wollen, dass ich die psychisch Kranken jetzt alleinlassen wolle. Das ist es, was wir jetzt hier zu ergründen versuchen, und das macht es für mich so spannend; deshalb habe ich auch die Frage gestellt, wie viele Fälle wir denn haben, bei denen man sagen kann, irgendwann geht das ins System.

Es kann kein sich selbst ernährendes Perpetuum mobile sein, das dann – Eritschuldigung, das ist kein fachlicher Begriff, aber den kann man hier ruhig im Wortprotokoll ausdrücken – eben zur Erbauung selbstverständlich der Patienten läuft – Erbauung ist das falsche Wort; das sind arme Leute, darüber brauchen wir überhaupt nicht zu diskutieren, und es ist ja kein Spaßfaktor, was wir da machen –, obwohl es möglicherweise andere probate Therapieoptionen gibt, die vielleicht genauso zielführend oder zielführender sind. Darauf will ich einfach einmal den Fokus lenken; denn wir diskutieren ja hier nicht im Nirwana und sagen, herzlichen Glückwunsch, wir haben jetzt nur diese eine Sache; Limitationen, Begrenzungen, Erfolgskontrolle, zeitliche Befristung zur Erfolgskontrolle, um Dinge nachzuhalten, sind

gängige Praxis im Leistungssystem, und das wird auch in anderen Bereichen in gleicher Weise hinterfragt. Vor diesem Hintergrund geht es hier nicht darum, irgendjemanden stigmatisieren zu wollen. Für mich ist das ein sehr wichtiger Faktor, weil wir ja auch Verantwortung für das Gesamtsystem tragen, und da sind noch so zwei, drei andere Sachen, die auch eine Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund finde ich diesen Punkt der Diskussion jetzt sehr spannend.

Jetzt habe ich Sie alle hinreichend provoziert; das war Zweck der Übung. – Jetzt habe ich Herrn Karsten, Herrn Dolinski, Herrn Thiede, Frau Roßner, dann noch eine Frage der Patientenvertretung, und dann machen wir Schluss.

**Herr Karsten (BAPP):** Ich war ja derjenige, der den Begriff der vorzeitigen Zielerreichung in den Raum geworfen hat.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja.

**Herr Karsten (BAPP):** Ich möchte darauf direkt antworten: Manche Menschen haben Läuse und Flöhe, –

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Die kenne ich.

**Herr Karsten (BAPP):** – und wir können hier nicht zwischen Feststellungen differenzieren, sie hätten nur einen Bedarf an psychiatrischer Pflege, nicht aber an Teilhabe durch Soziotherapie.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Entschuldigung für die Unterbrechung. – Davon ist überhaupt nicht die Rede.

**Herr Karsten (BAPP):** Gut.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich rede nicht von Läusen oder Flöhen, sondern ich rede von Läusen, von Flöhen und, wenn Sie wollen, auch noch von Schweißfüßen dabei.

**Herr Karsten (BAPP):** Genau.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Die Frage ist: Kann eine ambulante Behandlung von Läusen, Flöhen, Schweißfüßen mit allen zur Verfügung stehenden Therapieoptionen irgendwann möglicherweise auch zu der Erkenntnis führen, tut mir furchtbar leid, wir erreichen das Ziel nicht, und gibt es Therapieoptionen, die dann regelhaft zur Verfügung stehen, die dem Patienten nicht schaden, sondern ihm nutzen? Das ist die Frage, nicht – – Ich will jetzt nicht die Psychotherapie gegen irgendeinen anderen ausspielen; das ist überhaupt nicht die Frage.

**Herr Karsten (BAPP):** Vorzeitige Zielerreichung kann ich nicht quantifizieren; ich habe die Zahlen von uns jetzt nicht im Kopf. Aber wenn ich von den Patienten ausgehe, die ich selber noch betreue, dann liegen wir im Bereich von 5 bis 10 Prozent maximal, wobei ich auf diese Werte nicht festgenagelt werden möchte, weil ich es wirklich noch nicht geprüft habe.

Es geht tatsächlich um solche Dinge wie „Medikament hat wider Erwarten sehr großen Wirkungserfolg gezeigt“ oder „Psychotherapiewartezeit war nicht neun Monate, sondern nur vier Wochen“ und „Psychotherapie hat innerhalb der ersten Sitzungen gegriffen“, um Veränderungen in der Wohnform, sei es aus der eigenen Wohnung heraus in eine Wohneinrichtung, sei es Tagesstruktur durch Verkürzung der Warteliste für den Besuch einer Tagesstätte. Das sind Dinge, die wir vorher nicht planen können. In

unserem großen Plan steht: Wir möchten den Menschen versorgen, und wir möchten ihm eine Tagesstruktur durch Tagesstätte geben und planen mit einer regulären Wartezeit von vier bis sechs Monaten, und wenn plötzlich ein Platz frei wird, dann haben wir eine vorzeitige Zielerreichung. Sie liegt nicht in der Steuerbarkeit durch die ambulante psychiatrische Pflege, sondern ist in den Rahmenbedingungen begründet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Externe Faktoren.

**Herr Karsten (BAPP):** Folgendes will ich damit sagen: Wir haben manchmal auch den glücklichen Fall, dass jemand so verliebt ist, dass er gar keine Hilfe mehr möchte, und dann beenden wir es.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jetzt habe ich Herrn Dolinski, Herrn Thiede und Frau Roßner.

**Herr Dolinski (Dachverband):** Sie fragten nach Erfolgsgeschichten. In der Tat ist die Zahl der Klienten, die vorzeitig beenden, nicht sehr groß. Ich würde ebenso wie Herr Karsten sagen, in etwa 5 Prozent, teilweise auch schon nach der Erstverordnung: hochakutes Geschehen, aber dann doch natürlich nicht wieder gesund, aber auf den Weg gefunden, einen Blick haben, jetzt kann es weitergehen. Für viel interessanter halte ich die andere Gruppe: Wie viele der Betroffenen werden am Ende niederfrequent begleitet, also mit einem, höchstens zwei Kontakten pro Woche? Ich würde sagen – das sind natürlich keine Zahlen, auf denen Sie eine Doktorarbeit aufbauen können –, 50 bis 70 Prozent sind in etwa in diesem Bereich.

Ich erlebe in der Praxis, dass die Betroffenen sehr krank zu uns kommen, teilweise noch kränker als Menschen in der Eingliederungshilfe. Aber der wirkliche Unterschied ist, dass diese Menschen mit noch mehr Ressourcen kommen als Menschen, die in der Eingliederungshilfe leben. Das heißt, durch intensive Begleitung, durch klare Planung, durch klare Struktur erlebe ich wirklich bemerkenswerte Entwicklungen in den Wochen und Monaten. Ich glaube, dass von denen, die wir entlassen, etwa 80 Prozent im ersten Jahr bestimmt nicht wiederkommen, eher mehr; aber ich will mit den Zahlen etwas vorsichtig sein. Es gibt durchaus einen Personenkreis, der schon immer mal wiederkommt; aber so sehr groß ist er nicht. Der Personenkreis, der in die Eingliederungshilfe geht, unter Umständen auch im Anschluss nach ambulanter psychiatrischer Pflege, beläuft sich eher auf 10 als auf 15 Prozent.

Trotz alledem plädiere ich sowohl für eine Regelung, wonach auch ambulante psychiatrische Pflege während der Eingliederungshilfe in einer Krise wieder notwendig sein kann, als auch für die Überlegungen im Hinblick auf SGB XI, wonach auch jemand, der SGB XI hat und zusätzliche Betreuungsleistungen bekommen kann, natürlich APP-bedürftig sein kann. In der Praxis gibt es zum Glück im Moment in Dresden darum keine Diskussionen. Aber wir hatten sie, bevor auf die Pflegegrade umgestellt wurde. Aus meiner Sicht sind Pflege und ambulante psychiatrische Pflege wirklich zwei verschiedene Dinge.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, danke schön. – Herr Thiede, Frau Roßner, und dann habe ich noch zwei Fragen der PatV.

**Herr Thiede (Dachverband):** Ich habe mich über Ihre Provokation eben sehr gefreut, weil das zum Beispiel etwas ist –

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dafür bin ich da, zum Provozieren.

**Herr Thiede (Dachverband):** Seit 16 Jahren schlagen wir uns damit herum. Was ich eben sagte, ist zum Beispiel so: Wir haben einmal eine Erhebung gemacht, weil die Kommune in Bremen bei uns damals befürchtete, dass wir durch die APP und die Soziotherapie erheblich dazu beitragen, dass die

Menschen ins betreute Wohnen gehen oder die Zahl der Menschen in der Eingliederungshilfe steigt. Wir stellten damals fest, dass bei etwa 20 Prozent der Fälle, die wir vermittelt haben, dann nur 10 Prozent weniger in die Eingliederungshilfe gekommen sind.

Wir haben jetzt gerade auch wieder einen Trend. Gerade bei klammen Kommunen ist es so, dass natürlich an dieser Stelle die Verlagerung in die richtige zu erbringende SGB-XII-Leistung abgelehnt wird. Was ich Ihren Ausführungen entnommen habe, ist etwas, was ich seit Jahren mit mir herumtrage, wenn man so will: Eigentlich müsste es Behandlungskonferenzen geben, bei denen nicht wir Leistungserbringer zwischen allen Stühlen sitzen, sondern an denen auch Kostenträger beteiligt sind. Das heißt, es muss klare Kriterien geben – ich meine das auch von meinen Vorrednern eben schon ein bisschen gehört zu haben –, an welchen Stellen welche Leistung wirklich sinnhaft angewendet wird und an welchen Stellen eine andere Leistung greifen muss. Diese Abgrenzung zu anderen Leistungsbereichen muss klarer definiert werden, allerdings nicht so, dass dies dann zulasten des SGB V passiert: da bin ich ganz bei Ihnen.

Das Problem ist nur, zum Beispiel bei uns, dass wirklich Menschen ins betreute Wohnen angemeldet werden, es aber nicht zu einer Genehmigung von betreutem Wohnen kommt. An dieser Stelle greift in vielen Fällen dann letztendlich wirklich nur noch, zum Beispiel eine Verordnung Soziotherapie im Anschluss vorzunehmen, die aber den eigentlichen Bedürfnissen dieser Menschen überhaupt nicht gerecht wird.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar.

**Herr Thiede (Dachverband):** Von daher empfehlen sich Behandlungskonferenzen, die in einem anderen Kontext zusammengestrickt werden, wenn man so will, um eine Klarheit der Leistungserbringung und – zumindest wollte ich Sie gerne so verstehen – auch eine Evaluation dessen zu erreichen, was wir dort tun: Tun wir das, was wir tun, auch eigentlich sinnig und wird die Leistung wirklich gut angebracht?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich will an dieser Stelle, ohne das jetzt hier in die Länge zu ziehen, sagen: Das ist für mich eines der drückendsten Probleme, die Zuordnung zum System nach Kassenlage, wobei dann üblicherweise der letzte Rettungsanker dann eben das SGB V ist.

(Herr Thiede [Dachverband]: Ja, genau!)

weil man da nicht viel herumzicken kann. Deshalb haben wir jetzt als Förderschwerpunkt im Innovationsfonds eben auch sozialleistungssektorenübergreifende Patientensteuerung als Themenschwerpunkt aufgerufen, womit gerade dieses Ziel verfolgt wird, indem man sagt, da sollen sich die Kommunen, die SGB-V-Träger, die Rententräger und wer auch immer an einen Tisch setzen und sagen, was jetzt optimal ist, ohne dass der eine dem anderen die Kosten herüberschiebt. Meine Prognose ist: Wenn man das im Augenblick zur Verfügung stehende Geld in einen Pott werfen und zu dem Versuch auffordern würde, das optimal einzusetzen, hätte man am Ende 50 Prozent mehr Outcome, den man heute aber dadurch verplempert, indem man die Leute je nach Kassenlage hin- und herschiebt.

(Herr Thiede [Dachverband]: Ja, genau!)

Ich habe jahrelang als überörtlicher Träger der Sozialhilfe dafür Verantwortung getragen, und das war halt so: Wenn ich Geld hatte, dann haben wir gesagt, komm, her damit, und da war betreutes Wohnen – Deshalb habe ich da ebenso insistiert – in vielen Fällen wirklich die optimale Lösung, weil ich da eigentlich sehr intensiv, aber mit weniger Personaleinsatz, als wenn ich jeden Einzelnen einer Betreuung anheim gebe, sehr gute Erfolge erzielen konnte. Aber das ging halt nur, wenn Geld da war. Anderenfalls hat man dann die Prozesse angefangen. Das ist eben die Suboptimalität im System.

Deshalb verwehre ich mich aber auch dagegen, und deswegen bezog sich eben auch die kritische Frage darauf, dass man sagt, so, wir richten uns jetzt einmal für eine unendliche Phase im SGB V ein. Die Kommunen lehnen im Liegestuhl und sagen, wenn wir etwas übrighaben, dann machen wir einen schönen Brunnen; wenn wir den einweihen, dann gibt es für den Bürgermeister mehr Stimmen, als wenn wir nur betreutes Wohnen machen. Das ist natürlich auch nicht die Spielregel. Insofern bin ich da ganz nah bei Ihnen.

**Herr Thiede (Dachverband):** Darf ich eine ganz kleine Ergänzung dazu anbringen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja.

**Herr Thiede (Dachverband):** Das ist ein ganz wesentlicher Aspekt. Im Leistungsvolumen des SGB XII stehen sehr viele Leistungen, die ich eigentlich selbstverständlich inkludiert finde: zum Beispiel sind Rufbereitschaften und Rund-um-die-Uhr-Versorgung letztendlich nicht Gegenstand der Leistung, und sie gehen dann automatisch immer in den SGB-V-Bereich hinein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar.

**Herr Thiede (Dachverband):** Das heißt, an dieser Stelle bedarf es der Klärung und natürlich auch der Bearbeitung dessen: Was ist Leistungsvolumen in den einzelnen Bereichen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, danke schön. – Jetzt haben wir noch Frau Roßner und dann zwei Fragen der PatV, und dann müssen wir wirklich gucken, dass wir zum Ende kommen.

**Frau Roßner (Caritas):** Ich weise noch einmal darauf hin, dass wir bei dieser Diskussion über das bestehende System reden. Wir reden also über ein System, das aufgrund der aktuellen Diagnosen begrenzt ist, das nicht flächendeckend ist. Es wird im Moment einfach keine häusliche psychiatrische Krankenpflege flächendeckend angeboten; da besteht ein Mangel. Ich habe es gerade gesucht: Ich habe Zahlen vom Psychiaterverband Westfalen: Die Mehrheit ist weiblich, zwei Drittel bis drei Viertel der Gesamtzahl, und zwischen 40 und 60 Jahre alt. Das ist vermutlich auch eher eine Klientel, die bereits eine längere Psychiatrieerfahrung hinter sich hat. Psychiatrische Hauptdiagnosen sind zum Beispiel zu 50 Prozent Psychose oder Schizophrenie.

Wenn ich jetzt auf die Öffnung der Diagnosen rekurrieren darf, also Verhaltensstörung, Umgang mit psychotropen Substanzen, auch so etwas wie Borderline usw., dann sehe ich gerade bei jungen Patienten eine wesentlich höhere Erfolgsquote. Aus meiner Perspektive ist es so, dass jeder junge Patient, den ich aus der stationären Psychiatrie heraushalten kann, ein Erfolg ist. Es ist eine Kostensache – eine stationäre Unterbringung ist immer teuer –, und ich kann damit unter Umständen auch langfristige Psychiatriekarrieren verhindern, wie ich vorhin schon sagte.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jetzt habe ich zweimal Patientenvertretung, einmal Herrn R. und dann Herrn D. von der PatV – nur, damit Sie die Reihenfolge kennen.

**PatV:** Vielen Dank. – Herr Professor Hecken, es wäre jetzt sehr spannend, die Diskussion, die dazu stattgefunden hat, –

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein, machen wir aber nicht.

**PatV:** – vor dem Hintergrund der Veränderung der Eingliederungshilfe durch das neue Bundesteilhabegesetz noch einmal zu kommentieren, die Diskussion um die Frage, wie die Zielbestimmung der sozialen Teilhabe zukünftig ausgelegt ist. Aber ich will mich jetzt in der Anhörung – –

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Das ist aber nicht Gegenstand des Stimmabgabeverfahrens.

**PatV:** Genau.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Aber ich war schuld, ich gebe es zu.

**PatV:** Deswegen will ich mich jetzt noch einmal auf zwei Nachfragen beschränken. Ich habe zwei Nachfragen zu den Stellungnahmen und eine allgemeine Frage.

Die erste Nachfrage zu den Stellungnahmen richtet sich an den DBfK. – Sie haben bei der Diagnoseliste den Vorschlag gemacht, auch die Diagnose „Schwere psychische Verhaltensstörung im Wochenbett“ aufzunehmen. Wir haben das in der Arbeitsgruppe ausführlich erörtert und kamen zu der Frage: In welchen Fällen ist das gut ambulant mit der häuslichen Pflege zu begleiten, oder müssten diese Menschen sich nicht häufiger im Krankenhaus finden? Haben Sie da irgendwelche Erfahrungen, wie man Frauen im Wochenbett gut begleiten könnte, sodass sie nicht ins Krankenhaus müssen?

Die zweite Nachfrage geht an die Psychotherapeutenkammer, an Frau Dr. Wessels: Sie haben zu den Vorschlägen der Patientenvertretung, die Leistungsbeschreibung um den Aspekt des Trainings von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Vorbereitung, Begleitung, Vermittlung zu anderen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen bzw. psychosozialen Hilfen zu ergänzen, auf mehrere Selektivverträge in Deutschland verwiesen. Können Sie dazu inhaltlich etwas Näheres ausführen, in welchen Verträgen sich das in der tatsächlichen Leistung wiederfindet?

Die letzte Frage richtet sich im Grunde genommen an alle. Es kam mehrfach bei Ihnen die Rede auf die Soziotherapie. Meine Frage: Ist außerhalb Bremens und Berlins Soziotherapie in der Bundesrepublik flächendeckend verfügbar, sodass man das so verorten und sagen kann, das macht dann eben im Anschluss die Soziotherapie? Unserer Kenntnis nach ist diese Leistung nicht flächendeckend in der Republik vorhanden. – Das waren meine drei Fragen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann fangen wir mit dem Wochenbett an.

**Frau Krause (DBfK):** Die dahinterstehende Absicht war selbstverständlich, gerade die Familie in der Häuslichkeit zu behalten. Es muss natürlich zielführend sein, jemanden mit einer Wochenbettdepression mit oder ohne Kind nicht in einer stationären Einrichtung, im Krankenhaus aufzunehmen, sondern es muss ja gerade darum gehen, den Alltag zu regulieren, die Versorgung des Kindes, das Leben in der Familie, den Aufbau von Struktur und von Beziehung zum Kind zu begleiten, und das passiert am besten im Alltag.

Dazu möchte ich noch ganz kurz anmerken, dass wir uns natürlich auch den Kollegen anschließen, wenn es dann um die Einheiten geht. Gerade bei der Wochenbettdepression sehen wir eine gute Möglichkeit, dass es gut behandlungsfähig ist, gerade wenn man beispielsweise mit einem hohen Pensum an Einheiten beginnt und dies dann Stück für Stück reduzieren kann, also die Mutter die Verantwortung wieder selber Stück für Stück übernehmen kann. Deswegen plädieren wir auch unbedingt dafür, dass die Einheiten über den Ordnungszeitraum und nicht beispielsweise pro Woche gestaffelt werden. Das anzumerken ist für uns sehr dringlich, damit genau solche Leute dann auch zu Hause bleiben können. Sie bedürfen zu Beginn einer massiven Unterstützung, einer umfangreichen Unterstützung; es

kann sich dann aber auch sehr schnell wieder regulieren und somit die Versorgung deutlich reduziert werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Außerdem war Frau Dr. Wessels angesprochen.

**Frau Dr. Wessels (BPTK):** Wir haben auf viele Selektivverträge verwiesen, unter anderem das IV-Netz „Psychische Gesundheit“. Weiter gibt es Selektivverträge von der AOK Niedersachsen für Schizophrenie und hier in Berlin Verträge mit dem Psychiatrienetzen Berlin, also der Vertrag von Herrn Mönter. Unseres Wissens ist psychiatrische Krankenpflege in der Regel ein fester Bestandteil dieser Versorgungsnetze, und wenn man in die Leistungsbeschreibung und in die Ziele hineinschaut, die mit diesen IV-Verträgen oder diesen Versorgungsnetzen und diesen Angeboten erreicht werden sollen, so ist das immer eine multiprofessionelle ambulante Versorgung, wie sie auch in der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien empfohlen wird. Wenn Sie die Leistungsbeschreibung angucken, dann geht das, was psychiatrische Pflege macht, immer auch in den Bereich co-therapeutischer Leistungen hinein. Das geht also über die häusliche Krankenpflege hinaus; es geht wirklich auch darum, den Patienten dabei zu unterstützen, seine Krankheit zu bewältigen, sich zu verselbstständigen, den Alltag zu strukturieren, darum, ihn sozusagen zu befähigen, Psychotherapie vorzubereiten und in Anspruch nehmen zu können.

Dies fände sich unserer Meinung nach besser wieder, wenn die von Ihnen vorgeschlagenen Spiegelstriche auch in der Leistungsbeschreibung enthalten wären. Ich glaube, das ist Konsens in der psychiatrischen Versorgung. Es wurde jetzt auch die stationsäquivalente Behandlung durch Krankenhäuser eingeführt. Ziel ist ja insgesamt, dass die Versorgung auch von schwer psychisch Kranken ambulant multiprofessionell möglich gemacht werden soll; das steht in Übereinstimmung mit Leitlinienempfehlungen. Wenn man die psychiatrische häusliche Krankenpflege an dieser Stelle auch besser ambulant einsetzen und verordnen könnte, dann wäre man aus unserer Sicht damit dem Ziel ein Stück nähergekommen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ergänzung, Herr Thiede. Außerdem ist die Generalfrage noch nicht beantwortet, die Sie durch Nicken beantworten können, ob Sie die Erkenntnis der PatV bestätigen können, dass Soziotherapie nicht flächendeckend in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden ist. – Wenn Sie jetzt alle nicken, dann wäre die Frage damit beantwortet.

(Alle Anzuhörenden nicken)

Wir würden das Nicken dann protokollieren; damit hätten wir uns sieben einzelne Wortmeldungen gespart. – Herr Thiede, und dann hätte sich Herr Karsten noch einmal gemeldet.

**Herr Thiede (Dachverband):** Vielleicht noch einmal eine kleine Ergänzung zu dem, was Frau Wessels gerade sagte: Wir haben in den Netzwerkverträgen eine tolle Möglichkeit, nicht nur psychiatrische Pflege, sondern auch Soziotherapie und sogenannte Peer-Berater, also Genesungsbegleiter, mit in den Teams zu haben. Das heißt, hier wird eine sehr individuelle Behandlungsplanung und auch eine Begleitung des Menschen über einen Zeitraum in der Regel von drei Jahren möglich gemacht.

Ein ganz wesentlicher Teil ist Folgendes: Wir haben es nicht flächendeckend in beiden Verträgen geschafft, die Krankenhäuser mit einzubinden, weil die Krankenhäuser in vielerlei Hinsicht mit uns keine Verträge machen wollten. Allerdings konnten die niedergelassenen Psychotherapeuten zum ersten Mal einbezogen werden. Das heißt, wir bieten Recovery-Gruppen an, ein wunderbares Element, und zwar mit Peer-Begleitung, also wirklich etwas, wodurch Menschen in Gruppenangeboten an dieser Stelle sehr niedrigschwellig versorgt werden können und eigentlich einen großen Zugewinn haben. – Das ist ein wenig die Ausdifferenzierung dessen, was Sie vorhin meinten. An dieser Stelle wird viel weniger

abgegeben, als wir teilweise in dem ganzen komplizierten Geflecht der unterschiedlichen Leistungserbringung machen. Erstaunlich ist, was wirklich durch die Methoden des Open Dialogs nach skandinavischem Modell, das heißt, miteinander etwas zu planen, nicht ohne den Patienten etwas zu machen, erreicht werden kann.

Das sind wesentliche Elemente, die bei diesen IV-Verträgen zu der wirklich glücklichen Situation geführt haben, dass dort Menschen sehr niedrigschwellig, also viel niedrigschwelliger als in den anderen Bereichen, über einen längeren Zeitraum gut versorgt werden können. Das heißt, sie haben eine Hotline, sie können anrufen, sie haben die Möglichkeit, in Krisenzeiten ein Rückzugshaus oder Krisenpensionen zu nutzen. Das ist ein sehr viel komplexerer Bereich. Die Zusammenarbeit und die Option, in diesem Bereich – ich führe dies an, weil Sie eben danach fragten – zum Beispiel Gruppen mit Psychotherapeuten zu machen, also auch psychotherapeutische Krisenintervention zu leisten, ist einmalig.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Dann hatte ich noch Herrn Karsten – Sie hatten sich gemeldet – und dann noch einmal die PatV.

**Herr Karsten (BAPP):** Ich möchte zu der Frage nach der flächendeckenden Versorgung mit Soziotherapie ganz klar sagen: Das gibt es in Deutschland nicht. Es gibt keine flächendeckende Versorgung; es gibt auch da wieder ganz seltsame, von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Regularien. So erhalten zum Beispiel in Baden-Württemberg ausschließlich Sozialarbeiter die Zulassung als Soziotherapeuten, aber keine Pflegekräfte. Die Frage kommt einen Tag zu früh. Ich bin morgen erst bei Herrn Ließem, beim Treffen des Bundesverbandes der Soziotherapeuten, und könnte Ihnen dann Näheres sagen. Aber Fakt ist, dass es in Niedersachsen bei über 40 Pflegediensten für ambulante psychiatrische Pflege zum Beispiel nur acht Anbieter gibt, die im ganzen Bundesland Soziotherapie erbringen [können], und nur drei von diesen Diensten erbringen es, –

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja.

**Herr Karsten (BAPP):** – ganz einfach deshalb, weil es so schlecht bezahlt ist. Die Zulassungsanforderungen sind höher als für die psychiatrische Pflege, und die Vergütung ist 25 Prozent niedriger. Daraus ergibt sich, warum sich das auch nicht durchgesetzt hat.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wobei wir hier jetzt keine Ursachenforschung betreiben, sondern die Frage – – Sie haben das Nicken jetzt noch einmal verbalisiert und untermauert.

(Herr Karsten [BAPP]: Ja!)

– Okay. – Jetzt haben wir Herrn D. von der PatV.

**PatV:** Ich möchte zwei Fragen stellen, erstens in Verbindung mit der Zielerreichung: Was sehen Sie bei der APP oder phKP als Zielerreichung? Kann man sagen, es ist schon Zielerreichung, wenn man den Status quo erhält und dadurch häufige Aufenthalte in der Klinik oder sogar in Einrichtungen der Forensischen Psychiatrie vermieden werden? Deswegen frage ich: Wie sehen Sie das? Ich meine, es ist abhängig von der Zielformulierung. Aber kann man sagen, wenn es keine Rückschritte gibt, kann dies auch als etwas Positives gesehen werden? Sehen Sie es von daher nicht als problematisch an, die Zeit einzugrenzen?

Der zweite Punkt wurde, glaube ich, vom Dachverband Gemeindepsychiatrie bereits erwähnt: Sehen Sie die Möglichkeit, dass die Leistungen zum Beispiel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege parallel zu betreutem Wohnen in einem Heim der Eingliederungshilfe oder auch im Pflegeheim laufen oder nur als Alternative, nach dem Motto Entweder-oder?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Wer möchte beginnen? – Bitte schön, Herr Thiede.

**Herr Thiede (Dachverband):** Ganz persönlich, so muss ich sagen, empfinde ich den Begriff der Zielerreichung als sehr problematisch, weil es hier – das haben Vorrednerinnen und Vorredner ein wenig anklingen lassen – meines Erachtens darum geht: Was möchte der Mensch im Prinzip als Ziel erreichen, und wie können wir ihn oder sie dabei unterstützen, in der Häuslichkeit und im sozialen Umfeld wieder stabil zu sein, und zwar nach eigenen, nicht nach unseren Vorstellungen?

Letzteres ist ein ganz wesentlicher Aspekt. Das kann sehr unterschiedlich sein, dass man beispielsweise jemanden hat, der im Prinzip komplett verrückt ist, so sage ich jetzt einmal, und trotzdem relativ gut mit niedrigschwelligen Hilfen zurechtkommt und sich stabil fühlt. Das ist ein ganz wesentlicher Teil. Das heißt, wir müssen von einem ganz anderen Begriff der Genesung ausgehen. Deswegen ist es wichtig, an dieser Stelle eben auch zu sagen: Das Ziel ist, dass ich als erkrankter Mensch in der Häuslichkeit wieder zurechtkomme und meine Ziele erreicht habe. Das ist nicht immer ganz mit dem konform, was sehr wahrscheinlich GKV und auch SGB-V-Leistung ursächlich denkt [ursprünglich anvisiert]. Ich glaube aber, das ist ein sehr komplexes Thema.

Mein Kollege Herr Dolinski sagte es bereits: Wir sind der Überzeugung, dass zu betreutem Wohnen zum Beispiel statt meinerwegen eines stationären Aufenthaltes – [ambulante psychiatrische Pflege hinzukommen kann.] Dagegen würde auch niemand etwas sagen. Wenn sich jemand in einer schweren Krise befindet und im betreuten Wohnen ist, dann wird er oder sie wie selbstverständlich in die Klinik aufgenommen. Warum sollte er oder sie dann nicht ergänzend zum Beispiel psychiatrische Pflege für einen bestimmten Zeitraum als Ergänzung zu den Leistungen des betreuten Wohnens oder der Eingliederungshilfe bekommen? Wenn wir wirklich wollen, dass stationäre und teilstationäre Versorgung weniger werden soll, dann ist das für mich letztendlich die logische Folge.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Herr Dolinski, dann Herr Karsten.

**Herr Dolinski (Dachverband):** Zwei Dinge ergänzend zu Herrn Kollegen Thiede: Ich meine auch, dass selbst in einem Wohnheim ambulante psychiatrische Pflege für einen bestimmten Zeitraum einer Krise möglich sein müsste; denn das ist der Wohnort dieses Menschen, das ist, wenn man so will, die Häuslichkeit dieses Menschen.

Zu dem anderen Punkt: Wenn ich nicht irre, steht in der Richtlinie Häusliche Krankenpflege, dass es ein Ziel ist, Verschlimmerung zu verhindern. Damit ist das aus meiner Sicht gedeckt, auch wenn das sicherlich im Gespräch mit den Kassen nicht immer leicht zu vermitteln ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Herr Karsten.

**Herr Karsten (BAPP):** Ich halte die Fragestellung für sehr spannend, ob es ebenfalls eine positive Arbeitsweise ist, den Status quo zu erhalten. In der alltäglichen Arbeit erlebe ich es so, dass bei progredientem Verlauf einer Erkrankung durchaus der Stillstand Fortschritt sein kann, nämlich die Verhinderung der Verschlechterung, wie gerade angeführt. Das kann man in die Zielsetzung mit aufnehmen.

Damit sind wir beim Thema der Zielsetzung. Wir reden hier die ganze Zeit von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, die Recovery-orientiert ist. Das heißt, die Zielsetzung käme von Ihnen, wenn Sie mein Patient wären. Sie würde ich mit Ihnen zusammen besprechen, nachdem Sie sie aufgebracht haben. Ich würde sie mit den Richtlinien und dem Programm der Krankenkassen in Einklang zu bringen versuchen und könnte Ihnen erklären, welches Angebot ich aus Ihrer Zielsetzung ableiten kann. Das Ziel gebe ich Ihnen nicht; das Ziel bekomme ich von Ihnen.

Leider ist es so, viele Menschen haben Läuse und Flöhe – das sagten Sie vorhin –, und viele Kostenträger scheuen sich davor. Aber auch aus unserer Sicht sollte es weiterhin möglich sein, zeitgleich verschiedene Leistungen aus verschiedenen Töpfen in Anspruch zu nehmen, wenn man entsprechenden Bedarf hat. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Jetzt habe ich noch eine Frage von der DKG.

**DKG:** Noch eine kurze ergänzende Frage. Es ist jetzt doch häufiger die Soziotherapie angesprochen worden. Sehen Sie im Hinblick auf das Spektrum der Diagnosen und Fähigkeitsstörungen Unterschiede zwischen den beiden Bereichen? Gibt es also beispielsweise Diagnosen, bei denen Sie sagten, da würde man ausschließlich psychiatrische häusliche Krankenpflege erwägen und keine Soziotherapie?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Thiede.

**Herr Thiede (Dachverband):** Ganz klar: Nein. Meines Erachtens ist der Unterschied vorhin bereits angeklungen. Zum einen geht es um die Zeitdauer. Das heißt, die Soziotherapie ist eigentlich eine Leistung, die ehemals auf drei Jahre angedacht war und maximal 120 Stunden zur Verfügung hat. Das heißt, Sie können an dieser Stelle neben allen anderen vorgenannten Punkten keine wirklich intensive Krisenversorgung machen. Wenn also jemand in einer wirklich „fetten“ Krise ist, dann haben Sie ganz schnell alle Stunden verbraten; sie sind nicht mehr da.

Meiner Meinung nach sind die koordinierenden Leistungen, auch der Mehrschwerpunkt auf Watching im Krankheitsverlauf, wenn man so will, also das, was Herr Hecken eben schon angedeutet hat – wie begleite ich einen Patienten, einen Menschen mit einer psychischen Krise, durch das gesamte System und gucke auch ein wenig, was man miteinander koordinieren kann, welche Hilfen gilt es zu koordinieren? – nicht der Schwerpunkt der ambulanten psychiatrischen Pflege. Es kann ein Teil des Bereiches in den Zeiten sein, in denen ambulante psychiatrische Pflege erforderlich ist. Ich plädiere hinsichtlich der Begrenztheit von Zeit, der Intensität von Stunden wirklich dafür, angesichts basalerer Versorgungsnotwendigkeiten mit viel mehr Stundenkontingent hineinzugehen, variabel hineinzugehen, aber eben in der Regel nicht über einen Zeitraum von drei Jahren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nachfrage.

**DKG:** Nur, dass ich es richtig verstanden habe: Das heißt also, im Grunde genommen sind beide Diagnose- und Fähigkeitsstörungsspektren die gleichen. Es ist nur eine Frage, dass bei dem einen eher das eine die zielführende Maßnahme wäre oder beim anderen die andere. Gegebenenfalls ist das ja sogar ergänzend möglich, wenn man beide Richtlinienkörper betrachtet.

**Herr Thiede (Dachverband):** So würde ich das sehen. Im Prinzip ist es auch so – da würden wir als Dachverband uns auch den Ausführungen zum Beispiel der Psychotherapeutenkammer anschließen – , dass man bei der psychiatrischen Pflege ganz schlecht eine solche Zuordnung vornehmen kann, wonach das eine rein pflegerisch ist, während im Unterschied dazu der Teil der therapeutischen Leistung steht, der eigentlich bei der Pflege mit zu denken ist. Das ist ein ganz wesentlicher Teil, wo man auch – ich glaube, das ist auch unsere Botschaft hier – zwischen somatischer Pflege und psychiatrischer Pflege sehr wohl differenzieren muss, wobei das Leistungsspektrum der psychiatrischen Pflege weiterführender ist. Das ist eindeutig so. – Die Ergänzung sehe ich genauso, wie Sie eben gesagt haben. Das ist auch etwas, was wir in der täglichen Arbeit feststellen: Es macht durchaus Sinn, das zusammenzuführen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Karsten.

**Herr Karsten (BAPP):** Ich würde darauf gerne noch ergänzend antworten und sagen, dass der große Unterschied zwischen der ambulanten psychiatrischen Pflege und der Soziotherapie in der Intensität des Krankheitsbildes und der Intensität der Symptome begründet liegt. Die vorliegenden Fähigkeitsstörungen sagen pauschal erst einmal nichts darüber aus, ob es eine hochakute Situation ist oder eine für den Patienten auch hochbedrohlich empfundene Situation. Das heißt, wir reden hier von einer etwas entaktualisierten Situation, die einer langfristigen Betreuung durch Soziotherapie bedarf, und einem hochkrisenhaften Geschehen im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege, wobei die Diagnosen in diesem Fall deckungsgleich sind oder sein können.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay, das war es. Ich habe keine weiteren Fragen mehr. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen.

Dann bedanke ich bei Ihnen für die spannende Diskussion und für die Beantwortung der Fragen. Es hat jetzt deutlich länger gedauert als vorgesehen, aber es war sehr erhellend und sehr zielführend. Danke, dass Sie da waren. – Damit ist die Anhörung beendet, und wir fahren dann, sobald die Anzuhörenden den Raum verlassen haben, mit der Abarbeitung der Tagesordnung fort.

(Herr Thiede [Dachverband] meldet sich zu Wort)

– Bitte.

**Herr Thiede (Dachverband):** Entschuldigung, darf ich noch einmal etwas nachfragen? – Wir haben noch eine Ergänzung zu unserer schriftlichen Stellungnahme. Das machen wir dann gleich, oder?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein, das können Sie jetzt vortragen. Dann müssen Sie das jetzt machen.

**Herr Thiede (Dachverband):** Darf ich das noch tun?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar. Dann setzen Sie sich noch einmal. – Somit eröffnen wir die Anhörung erneut.

**Herr Thiede (Dachverband):** Ich hatte es so verstanden. – Ich würde jetzt einfach ganz straight vorlesen, welche Änderungswünsche wir haben. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, und wir haben noch einige Punkte gefunden, zu denen wir Veränderungsbedarf anmelden möchten. Ich formuliere das ganz klar.

§ 4 Absatz 2: Der Dachverband befürwortet den Formulierungsvorschlag von Patientenvertretern, KBV und DKG. – In Bezug auf den Änderungsvorschlag Satz 2

Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.

schlagen wir vor zu formulieren:

Dabei ist das soziale Umfeld einzubeziehen.

Meines Erachtens wird aus dem zuvor Gesagten klar, warum wir das sagen.

§ 4 Absatz 5 Satz 1: Der Änderungsvorschlag besteht darin, den Satz

Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.

wie folgt zu verändern:

Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann die Anleitung des sozialen Umfeldes der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.

Hier war noch einmal wichtig, weil der enge Begriff der Angehörigen sonst zu kurz griffe, dies auf Freunde, Bekannte und Sonstige auszudehnen, die mit einzubeziehen sind.

§ 4 Absatz 6 Satz 4: Der Änderungsvorschlag sieht vor, folgenden Satz

Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete, die nicht älter als 4 Monate ist.

umzuphormulieren in:

Eine Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete muss in den zurückliegenden 12 Monaten erfolgt sein.

Hier gibt es noch einmal eine ganz deutliche Stellungnahme dazu und auch die Bitte, die Hausärzte mitzudenken und sowohl den ländlichen Bereich als auch die hohe Zahl an chronisch erkrankten Versicherten bei Hausärzten, die nicht in eine fachärztliche Versorgung wollen, aber durchaus im stationären oder teilstationären Kontext versorgt worden sind, in die Überlegungen einzubeziehen.

Daraus ergibt sich, dass hinsichtlich § 4 Absatz 6 Satz 4,3 unsere Bitte ist, nachstehenden Satz ersatzlos zu streichen:

Der Gesamtverordnungzeitraum durch diese Ärzte sollte 6 Wochen nicht überschreiten.

In Bezug auf § 4 Absatz 7 Satz 2 schließen wir uns ausdrücklich der Stellungnahme von Patientenvertretern und KBV an. Das haben wir im Prinzip auch eben schon mit erörtert.

Eine weitere Veränderung bezieht sich auf das Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte Leistungsbeschreibung. Patientenvertreter und KBV haben dort ihre Äußerung getan. Diese Ergänzungen sind unserer Meinung nach unbedingt einzufügen, und dies mit einer weiteren Ergänzung, dass die Leistungsabgabe als Einzelkontakt erfolgen kann:

[Die Leistungsabgabe erfolgt in der Regel als Einzelkontakt.] In besonderen Situationen sind Kontakte zu zweit möglich und zu begründen.

Dies ist der Tatsache geschuldet, dass natürlich in Krisensituationen – in anderen Kontexten ist das gar keine Frage – zum Beispiel zwei Mitarbeiter zu einem hochaggressiven oder suizidalen Patienten gehen und dies auch abzurechnen ist. Das heißt, dass an dieser Stelle auch sogenannte Doppelkontakte möglich sein müssen.

Weiterhin gibt es einen Änderungsvorschlag zum Leistungsverzeichnis Nr. 27a, Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“:

Sollte ein Verordnungszeitraum von mehr als 4 Monaten erforderlich sein, ist dies zu begründen ...

Die Veränderung sollte lauten:

Der Verordnungszeitraum beträgt ein Jahr. Ein Kontingent von bis zu 120 Einheiten kann verordnet werden. Beim Vorliegen besonderer Umstände können mehr als 120 Einheiten verordnet werden. Es ist zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die phKP auf die Fähigkeitsstörung positiv einwirken und die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren kann.

Als ganz besonderes kleines Bonbon noch zum Schluss – wir hatten das hier jetzt schon anklingen lassen – wäre von unserer Seite aus die Bitte um Änderung in § 4, das heißt also, in den folgenden Spalten die psychiatrische häusliche Krankenpflege in „psychiatrische Krankenpflege im sozialen Um-

feld" oder, wovon wir eigentlich alle reden, in „ambulante psychiatrische Krankenpflege“ umzubenenen. Das heißt, hier ist unserer Meinung nach der Begriff der Häuslichkeit viel zu eng, und er kann auch immer sehr eng definiert und ausgelegt werden. Da war unsere Sorge, dass das Begleiten und das Wirken im sozialen Kontext letztendlich sonst nicht mitgedacht werden würde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank für diese Ergänzungen. Als besonderes Bonbönchen zum Schluss: Wir können das natürlich jetzt alle a) intellektuell erfassen und bewerten und haben uns b) eine dezidierte Meinung zu diesen Dingen gebildet. Nur der guten Ordnung halber wäre ich dankbar, wenn Sie das einfach noch einmal schriftlich zu Protokoll geben würden.

**Herr Thiede (Dachverband):** Auf alle Fälle, ja.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich gehe davon aus, dass es zwingende Gründe gab, dass das jetzt erst kommt. Es wäre hübsch gewesen, wenn man es zwei, drei Tage vorher gehabt hätte; dann hätten wir nämlich vielleicht auch einmal eine Nachfrage stellen können. – Das ist nur fürs Protokoll. Irgendeiner muss ja dann beim Hinausgehen noch einen mitkriegen, und das sind jetzt Sie. Sie sind jetzt also einstimmig gewählt worden.

Danke für diese Anregung. Wir werden sie prüfen. Wir konnten sie leider jetzt an dieser Stelle nicht diskutieren. Aber wir werden sie in unsere weitere Bewertung einbeziehen.

Hiermit haben wir die bereits geschlossene und wieder eröffnete Anhörung endgültig finalisiert und geschlossen, es sei denn, es hat noch jemand ein Papier, bevor wir wieder aufstehen. – Niemand mehr? – Dann noch einmal danke, dass Sie da waren.

Schluss der Anhörung: 11.58 Uhr