

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:
Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG**

Vom 17. Januar 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Eckpunkte der Entscheidung	5
3.	Würdigung der Stellungnahmen	6
4.	Beratungsverlauf	8
5.	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	9
5.1	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	9
5.2	Beschlusstext: Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG	9
5.3	Eingegangene Stellungnahmen	11
5.3.1	Fristgerecht eingegangene Stellungnahmen	11
5.3.2	Übersicht der nach Fristablauf eingegangenen Stellungnahmen	11
5.3.3	Übersicht eingegangener Stellungnahmen von nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen	11
5.4	Eingegangene Stellungnahmen	12
5.4.1	Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen	12
5.4.1.1	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	12
5.4.1.2	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)	14
5.4.1.3	Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)	14
5.4.1.4	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)	15
5.4.1.5	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp)	16
5.4.1.6	Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad)	17
5.4.1.7	Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK)	18
5.4.1.8	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)	20
5.4.1.9	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)	24

5.4.1.10	Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)	27
5.4.1.11	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)	30
5.4.1.12	Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)	33
5.4.1.13	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)	34
5.4.1.14	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	39
5.4.1.15	Bundesärztekammer	41
5.4.1.16	Bundespsychotherapeutenkammer	42
5.4.2	Stellungnahmen von nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen	44
5.4.2.1	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)	44
5.4.2.2	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.	47
5.4.2.3	Bundesvereinigung Lebenshilfe	50
5.4.2.4	Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e. V.	52
5.4.2.5	Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.	54
5.5	Auswertung der Stellungnahmen	56
5.5.1	zu I.1 des Beschlusses: Geeignete Orte	56
5.5.2	zu I.2 des Beschlusses: Redaktionelle Anpassung	73
5.5.3	zu I.4 des Beschlusses: Neue Nr. 6 der HKP-Richtlinien (hoher Bedarf an Behandlungspflege)	74
5.5.4	zu I.6 des Beschlusses: neue Nr. 9 (Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen als Behandlungspflege)	110
5.5.5	zu I.7 des Beschlusses: Redaktionelle Anpassung	111
5.5.6	zu I.8 des Beschlusses: Konkretisierung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen	112
5.5.7	zu I.10 des Beschlusses: Dauer der Verordnung durch Krankenhausärzte	118
5.5.8	zu I.11 des Beschlusses: Entlassungsmanagement durch KH-Arzt	121
5.6	Anhänge	125
5.6.1	Liste der Stellungnahmeberechtigten nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V, Stand: 18. Oktober 2007	125
5.6.2	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	125
5.6.3	Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen	128

5.6.4	Anschreiben an Heilberufekammern	129
5.6.5	Erläuterungen für Stellungnehmer	130

1. Einleitung

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

Vor der Entscheidung des G-BA wurde nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Satz 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 8a SGB V den betroffenen Heilberufekammern Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen wurde auf 4 Wochen festgelegt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit Nr. 2. S. 2 wird konkretisiert, an welchen Orten außerhalb des Haushalts oder der Familie Häusliche Krankenpflege erbracht werden kann. Der Anspruch wird an einen regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalt des Versicherten an dem entsprechenden Ort geknüpft sowie daran, ob die verordneten Maßnahmen dort zuverlässig und unter geeigneten räumlichen Bedingungen durchgeführt werden können. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen gerade dort notwendig sind, dass also ein Abwarten bis zur Rückkehr des Versicherten in seinen Haushalt aus medizinischen Erwägungen nicht statthaft wäre. Die nicht abschließende Aufzählung möglicher Orte der Leistungserbringung („insbesondere-Aufzählung“) umfasst neben den genannten Orten auch die der betreuten Wohnformen.

Zu Nr. 6 (neu): Die Klammeraufzählung in Abs. 1 S. 1 von solchen Einrichtungen, in denen bereits anderweitiger Anspruch auf Pflegeleistungen besteht, ist lediglich erläuternd und beispielhaft zu verstehen. Insbesondere wegen des weiten Begriffs der „Behinderteneinrichtungen“ bleibt eine Einzelfallprüfung erforderlich, ob und inwieweit in solchen Einrichtungen ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege außerhalb der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht.

Mit der neuen Nr. 6 wird weiterhin näher bestimmt, wann in Werkstätten für behinderte Menschen bzw. in Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI von einem besonders hohen Pflegebedarf ausgegangen werden kann - und damit von einem Anspruch auch in solchen Einrichtungen, in denen bereits anderweitiger Anspruch auf Pflegeleistungen besteht.

In Werkstätten für behinderte Menschen ist ein besonders hoher Pflegebedarf dann gegeben, wenn über die Pflichten der Einrichtung hinaus die Ziele der Häuslichen Krankenpflege (Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung oder Sicherung der ärztlichen Behandlungsziele) nur durch den Einsatz einer (zusätzlichen) Pflegefachkraft erreicht werden können.

Bei Patienten in Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI ist besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege insbesondere dann anzunehmen, wenn eine individuelle behandlungspflegerische Betreuung mangels Planbarkeit der Einsätze rund um die Uhr erforderlich ist oder wenn zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts die ständige Anwesenheit und Bereitschaft einer Pflegekraft notwendig ist.

Satz 3 der Nr. 9 wiederholt die gesetzliche Vorgabe, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann vom Anspruch auf Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V umfasst sind, wenn dieser Hilfebedarf bereits bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist.

Nr. 10. enthält einen nicht abschließenden Katalog solcher Pflegemaßnahmen.

Nr. 11. Satz 2 steht in Zusammenhang mit der neu eingefügten Nr. 31.; nach der Vorgabe des § 92 Abs. 7 S. 1 Nr. 3 SGB V wird zur Sicherstellung eines einzelfallgerechten Krankenhausentlassungsmanagements auch Krankenhausärzten die Möglichkeit eröffnet, Häusliche Krankenpflege zu verordnen.

Nr. 31. normiert die Voraussetzungen für die Verordnung Häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Durch die Verpflichtung des Krankenhausarztes, den Hausarzt rechtzeitig zu informieren und seine Befugnis, im Falle der Nichterreichbarkeit des Hausarztes die Verordnung selbst auszustellen, wird dem Erfordernis eines verbesserten Übergangs von stationärer zu ambulanter Krankenbehandlung Rechnung getragen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

In der neuen Nr. 6 Abs. 1 S. 1 wurden in der Klammeraufzählung der Einrichtungen, in denen bereits anderweitiger Anspruch auf Pflegeleistungen besteht, vor dem Wort „Behinderteneinrichtungen“ die Worte „grundsätzlich auch in“ eingefügt. Damit wird klargestellt, dass eine Einzelfallprüfung erforderlich ist, ob und inwieweit in solchen Einrichtungen ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege außerhalb der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht.

Bezüglich des Vorschlags, Leistungen der Häuslichen Krankenpflege bei besonders hohem Pflegebedarf zusätzlich zu Werkstätten für behinderte Menschen auch in „Wohnstätten für behinderte Menschen“ zu ermöglichen, ist zu trennen zwischen Einrichtungen, in denen auf Grund anderweitiger gesetzlicher Vorschriften kein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege besteht und solchen, bei denen dieser Anspruch besteht.

Soweit in solchen „Wohnstätten“ kein anderweitiger Anspruch besteht, ist nach der Systematik des Richtlinienentwurfs und der Gesetzeslage eine gesonderte Nennung nicht erforderlich und wäre möglicherweise sogar irreführend. Denn mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber die Orte, an denen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden können, auch auf andere geeignete Orte als den Haushalt oder die Familie der Versicherten erweitert. In Konkretisierung der gesetzlichen Vorschrift verlangt Nr. 2 S. 2 des Beschlusses lediglich, dass sich der Versicherte an solchen Orten regelmäßig wiederkehrend

aufhalten muss, dass die Maßnahmen dort bei geeigneten räumlichen Verhältnissen zuverlässig durchgeführt werden können und dass die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthalts an diesem Ort notwendig ist. Sämtliche dieser Voraussetzungen sind in Wohnstätten für behinderte Menschen in der Regel erfüllt; ein Anspruch bestünde in solchen Einrichtungen also auch ohne besonders hohen Pflegebedarf i. S. v. Nr. 6 Abs. 2 des Beschlussentwurfs.

Soweit in solchen „Wohnstätten“ jedoch ein anderweitiger Anspruch besteht, ergäbe sich die Gefahr einer Kompetenzüberschreitung durch den G-BA. Denn grundsätzlich hat der Gesetzgeber Häusliche Krankenpflege auf solche Orte beschränkt, an denen die Versicherten gerade keinen anderweitigen Anspruch haben.

Vgl. dazu BT-Drucks. 16/3100 S. 104 (zu Nr. 22).

Ausnahmen von diesem Grundsatz bestehen nach dem Gesetzeswortlaut ausschließlich für Werkstätten für behinderte Menschen und für Pflegeheime (vgl. § 37 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 u. 3 SGB V). Sollte der G-BA zusätzlich eine Regelung für Wohnstätten in seine Richtlinie aufnehmen, würde er demnach nicht mehr nur den gesetzlich abgesteckten Anspruchsrahmen konkretisieren, sondern diesen erweitern.

Die neue Nr. 6 Abs. 3 S. 2 wurde dahingehend angepasst, dass außer der „ständigen Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft“ auch „ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft“ als Voraussetzung für die Verordnung von medizinischer Behandlungspflege in Pflegeheimen anerkannt wird. Mit Einfügen des Wortes „insbesondere“ werden der Anwendungsbereich der nachfolgenden Regelungen einerseits betont und andererseits die Berücksichtigung weiterer Konstellationen nicht ausgeschlossen.

Mit der Anpassung in den neuen Nummern. 11 und Nr. 31 kann der Krankenhausarzt zur Sicherung der Versorgung an oder nach Wochenenden oder Feiertagen häusliche Krankenpflege bis zum Abschluss des dritten folgenden Werktags verordnen.

Nach Auffassung des G-BA liegen über die vorgenannten Anpassungen hinaus keine weiteren hinreichend begründeten Vorschläge in den Stellungnahmen vor.

4. Beratungsverlauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA HKP*	01.03.2007	Beauftragung einer AG, für die vorbereitenden Beratungen zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
AG HKP-WSG**	13.04.2007 29.05.2007 27.06.2007 31.08.2007	Vorbereitende Beratungen zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
UA HKP	06.09.2007	Beratungen und Empfehlung an den G-BA zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
G-BA	18.10.2007	Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Anpassung der HKP-Richtlinien an die Vorgaben des GKV-WSG
AG HKP	27.11.2007	Vorbereitende Beratungen zur Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
UA HKP	04.12.2007	Beratungen zur Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und Empfehlung an den G-BA zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
G-BA	17.01.2008	Abschließende Beratungen und Beschluss zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien

*UA HKP = Unterausschuss Häusliche Krankenpflege

**AG HKP = Arbeitsgruppe des UA HKP

Siegburg, den 17. Januar 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

5. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

5.1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 18. Oktober 2007 beschlossen, dem in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Kreis der Organisationen der Leistungserbringer (s. Kapitel 5.6.1: Liste der Stellungnahmeberechtigten nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V, Stand: 18. Oktober 2007) und der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und für die Abgabe einer Stellungnahme eine fünfwöchige Frist festgelegt (s. Kapitel 5.6.2: Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens). Per E-Mail vom 19. bzw. Schreiben vom 26. Oktober 2007 wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen der o. g. Beschlussentwurf übersandt und für die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ein Zeitraum von 4 Wochen bis zum 19. November 2007 vorgegeben (s. Kapitel 5.6.3: Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen und Kapitel 5.6.4: Anschreiben an Heilberufekammern). Den angeschriebenen Organisationen / Kammern wurden zusätzlich Erläuterungen zum Beschlussentwurf übersandt (s. Kapitel 5.6.5: Erläuterungen für Stellungnehmer).

5.2 Beschlusstext: Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG

I.1 In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

I.2 Der bisherige Satz 2 wird zur neuen Nummer 3; das Wort „Sie“ wird durch die Worte „Die häusliche Krankenpflege“ ersetzt.

I.3 Die bisherigen Nummern 3 bis 8 werden zu den Nummern 4 bis 9.

I.4 Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der

Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

I.5 In der neuen Nummer 8 wird im dritten Spiegelstrich die Zahl „28“ ersetzt durch die Zahl „31“.

I.6 In der neuen Nummer 9 wird nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 eingefügt: „Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann verordnet werden, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.“ Der frühere Satz 3 wird Satz 4.

I.7 In der neuen Nummer 9 wird im letzten Satz das Wort „dies“ ersetzt durch die Worte „die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“.

I.8 Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

I.9 Die bisherigen Nummern 9 bis 31 werden zu den neuen Nummern 11 bis 33.

I.10 In der neuen Nummer 11 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlas-

sung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.“

I.11 Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst:

„Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.“

5.3 Eingegangene Stellungnahmen

5.3.1 Fristgerecht eingegangene Stellungnahmen

Organisation
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V.(aph)
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp)
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad)
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
Diakonisches Werk der Evangelische Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)
Bundesärztekammer (BÄK)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

5.3.2 Übersicht der nach Fristablauf eingegangenen Stellungnahmen

Organisation
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)

5.3.3 Übersicht eingegangener Stellungnahmen von nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen

Organisation
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.
Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e. V.
Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.

5.4 Eingegangene Stellungnahmen

5.4.1 Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen

5.4.1.1 Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)

Zu Punkt I.1: Nach § 37 Abs. 6 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Den jetzt vom G-BA gemachten Versuch der Konkretisierung in Nummer 2 Satz 2 halten wir allerdings nur bedingt für gelungen. Wir können nachvollziehen, dass der Anspruch an einen regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalt des Versicherten an dem entsprechenden Ort geknüpft werden soll. Wir geben diesbezüglich allerdings zu bedenken, dass es im Einzelfall und nicht regelmäßig zu unvorhersehbaren Situationen kommen kann, in denen diese Voraussetzungen nicht zutreffen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir die folgende Veränderung vor.

Vorschlag: "Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält. Bei unvorhersehbaren Situationen besteht dieser Anspruch im Einzelfall auch, wenn der Versicherte sich an diesem Ort nicht regelmäßig wiederkehrend aufhält."

Überhaupt nicht nachvollziehbar sind für die AWO allerdings die weiteren, im Entwurf genannten Voraussetzungen. Nach unserer Auffassung kann es nicht sein, dass der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege - sofern nicht im eigenen Haushalt oder ihrer Familie - daran geknüpft wird, dass an anderen Orten die verordneten Leistungen zuverlässig und unter geeigneten räumlichen Bedingungen durchgeführt werden können. Wir halten es für unsachgemäß, dass bestimmte Orte zukünftig einer Überprüfung nach - noch nicht einmal näher differenzierten - Kriterien ausgesetzt werden. Damit wird es künftig dazu kommen, dass es zwei Klassen von Orten gibt. Zum einen den eigenen Haushalt des Versicherten bzw. der der Familie, bei denen keine Prüfung dahingehend erfolgt, ob diese geeignet sind und zum anderen alle weiteren Orte, bei denen die Geeignetheit geprüft wird. Vor dem Hintergrund des enormen Aufwandes, der hierbei im Einzelfall betrieben werden muss, ist diese Regelung alles andere als ein Beitrag zur Entbürokratisierung. Darüber hinaus wird hier eine Einschränkung vorgenommen, die vom Gesetzgeber nicht gewollt wurde. Mit der gesetzlichen Ergänzung um "geeignete Orte" bezweckte der Gesetzgeber ganz eindeutig eine Relativierung und Öffnung des bisher eng gefassten Haushaltsbegriffes. Darauf weist auch die Gesetzesbegründung unzweifelhaft hin.

Vorschlag: Die im Entwurf des G-BA gemachten Einschränkungen hinsichtlich der geeigneten Orte an denen

- *die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und*
- *für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen*

sind ersatzlos zu streichen.

Auch die in der Folge gemachte Einschränkung, nach der die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist, halten wir für unsachgemäß. Schon durch die Verordnung des behandelnden Arztes wird deutlich, dass es sich um eine medizinisch-pflegerisch notwendige Leistung handelt. Darüber hinaus sind i.d.R. alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch mit einer zeitlichen Orientierung hinterlegt. Genau das ist ja auch der Grund, weswegen der Begriff der Häuslichkeit um weitere Orte erweitert werden muss. Der geeignete Ort ist in jedem Fall der Ort, an dem sich der Versicherte zur Zeit der Leistungserbringung aufhält.

Vorschlag: Auch die weitere im Entwurf gemachte Einschränkung, nach der ein Anspruch besteht, „wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist“, ist ersatzlos zu streichen.

Zu Punkt I.4: Die neu gefasste Nr. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen kein Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe. In dieser Aufzählung werden auch Behinderteneinrichtungen aufgeführt. Schon allein der Begriff der Behinderteneinrichtung ist ungeeignet, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten umfassen könnte, die z. T. explizit sowohl im Gesetz als auch in dieser Richtlinie erfasst werden. Darüber hinaus ist nach unserer Auffassung der Bezug in den Richtlinien auf Leistungen anderer Sozialgesetzbücher (hier z.B. SGB IX und SGB XII) aus rechtlichen Gründen unzulässig.

Vorschlag: Der Begriff der Behinderteneinrichtung ist aus dieser Aufzählung ersatzlos zu streichen.

Weiterhin soll zukünftig eine Verordnung von Behandlungspflege auch für Versicherte in Pflegeheimen möglich sein, zumindest dann wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Hier wurde der Gesetzestext wiedergegeben. Die Definition, wann ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege vorliegt, kann von uns allerdings nicht nachvollzogen werden. Die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft ist in stationären Pflegeeinrichtungen schon an sich gegeben. Das in einer Richtlinie zu beschreiben, ist nach Ansicht der AWO überflüssig. Diesen Tatbestand darüber hinaus daran zu koppeln, dass diese behandlungspflegerischen Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit *unvorhersehbar* am Tag und in der Nacht erfolgen müssen, macht nach unserer Auffassung keinen Sinn, da ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nicht an einer Unvorhersehbarkeit gekoppelt werden kann. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt eben auch bzw. gerade vor, wenn dieser vorhersehbar ist. Diese Beschreibung ist lediglich dazu geeignet, Verordnungen von Behandlungspflege ablehnen zu können. Auch hiermit wird versucht, die Intention des Gesetzgebers auszuhebeln. Dieses Vorgehen wird von der AWO scharf kritisiert.

Vorschlag: Die Einfügung „unvorhersehbar“ wird ersatzlos gestrichen. Um diesen Satz folgend einen Sinn zu geben, müsste er entsprechend verändert werden: "behandlungspflegerische Maßnahmen intensiv und häufig am Tag und in der Nacht erfolgen müssen."

Zu I.10: Die im Entwurf genannte Beschränkung, nach der Krankenhausärzte häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung längstens für 3 Tage verordnen können, halten wir für nicht praxistauglich. Eine begrenzte Verordnungsdauer für längstens 3 Tage durch Krankenhausärzte ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen und auch nicht sinnvoll. Die Verordnungsdauer von lediglich 3 Tagen durch den entlassenden Krankenhausarzt ist kurz, wenn man z.B. mögliche Abwesenheiten und Urlaubszeiten des primär versorgenden Vertragsarztes berücksichtigt. Schon bei einer Krankenhausentlassung zum Wochenende oder über Feiertage sind 3 Tage definitiv nicht ausreichend, da der Hausarzt dann vielfach erst später häusliche Krankenpflege verordnen kann. Dieses kann zu Versorgungsbrüchen führen. Durch eine Erhöhung der Verordnungsdauer könnte dies vermieden werden. Die Problematik der begrenzten Verordnungsdauer besteht im Übrigen schon seit Jahren und führt immer wieder zu massiven Problemen in der Praxis. Die AWO fordert diesbezüglich eine Verordnungsdauer von 28 Tagen.

Vorschlag: Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Ent-

lassung für bis zu 28 Tage verordnen.

Im Weiteren wird verlangt, dass der Krankenhausarzt rechtzeitig den jeweiligen Hausarzt über die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege informiert. Dieses Vorgehen wird von der AWO begrüßt. Dass der Krankenhausarzt medizinische Behandlungspflege allerdings nur verordnen darf, sofern der Hausarzt nicht zu erreichen ist, lehnen wir ab. Nach unserer Auffassung muss der Krankenhausarzt regelhaft von sich aus die Möglichkeit haben, medizinische Behandlungspflege zu verordnen, da nur er bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus diese Entscheidung medizinisch-pflegerisch begründen kann. In der Folge ist dann auch der Nachsatz, dass der Krankenhausarzt die Nichterreichbarkeit des Hausarztes dokumentieren muss, inadäquat.

Vorschlag: Die Sätze 2 und 3 der neuen Nummer 31 sind ersatzlos zu streichen.

Die AWO ist insgesamt der Auffassung, dass der jetzt vorliegende Entwurf des G-BA zur Änderung der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege die Vorgaben des GKV-WSG nicht angemessen umsetzt. Deshalb bitten wir Sie dringend, unsere Vorschläge in Ihre abschließende Entscheidung einzubeziehen. Im Übrigen ist nach Auffassung der AWO eine Beteiligungsmöglichkeit der Pflegeverbände im G-BA weiterhin dringend notwendig und auch systemkonform, denn Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten und deren Verbände werden auch an den sie betreffenden Richtlinien im G-BA beteiligt.

5.4.1.2 Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)

Betreffend den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG halten wir auch diesen für angemessen, sind aber der Auffassung, dass bei der neu eingefügten Nummer 10 der Begriff der „verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ einer näheren Beschreibung bedarf.

In Anlehnung an die Pflegebegutachtungs-Richtlinien empfehlen wir die Nummer 10 daher wie folgt zu ergänzen:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die untrennbarer Bestandteil der Hilfe für die jeweilige Verrichtung der Grundpflege sind oder die objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen, sind insbesondere:“

5.4.1.3 Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)

I. 1 - Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG:

Ausweislich der Begründung zum GKV-WSG sollen auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei Inanspruchnahme durch nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftige Menschen als sonstige geeignete Orte anzusehen sein. Die Richtlinie sollte zur Klarstellung um diesen Spezialfall ergänzt werden.

I. 4 – Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG:

Die Voraussetzungen zur Verordnung von Behandlungspflege für Versicherte in Pflegeheimen, welche für mind. 6 Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, sind zu eng gefasst.

Dem zweiten Punkt (Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten zuzustimmen) kann so zugestimmt werden.

Bezüglich des ersten Punktes (in Intensität und Häufigkeit unvorhersehbare und Tag und Nacht zu erbringende behandlungspflegerische Leistungen) besteht Korrekturbedarf. Auch ausweislich der Begründung wird hier nicht auf die Quantität der zu erbringenden Leistungen, sondern ausschließlich auf die fehlende Planbarkeit der Einsätze abgestellt.

Ein besonders hoher Bedarf kann sich aber auch bei Planbarkeit der Einsätze ergeben und ist in erster Linie von den zu erbringenden Maßnahmen und deren Frequenz abhängig.

Wird, wie im Richtlinienentwurf vorgesehen, die mangelnde Planbarkeit der Einsätze als maßgebliches Kriterium angesehen, stellt sich die Frage, welchem Bewohnerklientel diese Leistungen überhaupt zu Gute kommen sollen. Sofern hier die Unvorhersehbarkeit der Leistungen im Vordergrund steht, erinnert dies eher an eine Akutsituation im Krankenhaus als an einen Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung.

Dem Wortlaut des Gesetzestextes folgend, wird vorgeschlagen, auf den auf Dauer vorliegenden besonders hohen Bedarf abzustellen, dessen quantitatives Maß sich nicht durch Planbarkeit verringert. Der im Verhältnis zur üblichen Leistungserbringung der Einrichtung besonders hohe Bedarf ergibt sich aus den ärztlichen Diagnosen und Prognosen sowie der der Pflegedokumentation zu entnehmenden Frequenz und Intensität der zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen.

Weiterhin sind die Voraussetzungen ausdrücklich nicht als abschließend zu definieren.

5.4.1.4 Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)

Zur Neufassung der **Nummer 31** schlagen wir vor, den Zeitrahmen zur Berechtigung der Verordnung durch den Krankenhausarzt auf vier Tage zu erweitern. Bei Krankenhausentlassung am Freitag ist die Verordnungsdauer bis einschließlich Montag erforderlich, sonst wäre für notwendige Pflegeleistungen am Montagvormittag voraussichtlich eine Lücke, insbesondere auch im haftungsrechtlichen Bereich.

Die übrigen Änderungen entsprechen im Wesentlichen den gesetzlichen Vorgaben und werden von uns mitgetragen.

Bei dieser Gelegenheit regen wir eine Konkretisierung, bzw. Ergänzung der neuen Ziffer 26 an:

Dem Satz:

„Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.“

soll angefügt werden:

"Dabei handelt es sich nicht um eine Ausschlussfrist für medizinisch notwendige Leistungen."

Begründung: Es handelt sich also um eine vorläufige Kostenzusage vor Entscheidung über die Genehmigung der beantragten Leistungen, wenn die Verordnung mit Antrag innerhalb von drei Arbeitstagen bei der Krankenkasse eingeht. Die Regelung dient der Absicherung der ärztlichen Behandlung durch häusliche Krankenpflege. Da die häusliche Krankenpflege genehmigungspflichtig ist, müsste der Versicherte bis zur Ge-

Genehmigung das Kostenrisiko für die verordnete Behandlungspflege selbst tragen. Wenn die Verordnung mit Antrag also innerhalb von drei Arbeitstagen bei der Krankenkasse eingeht, sind die Kosten auch in dem Fall zu übernehmen, dass die Genehmigung der verordneten Leistung nicht erteilt wird. Für diesen Fall gilt Ziffer 24 der Richtlinien. Ziffer 24 der Richtlinien beinhaltet keine Ausschlussfrist für den Fall, dass die Verordnung später als drei Arbeitstage seit ihrer Ausstellung bei Ihnen eingeht. Der Ausschluss der Kostenübernahme kann jedenfalls dann nicht erfolgen, wenn die häusliche Krankenpflege bereits erbracht und auch genehmigt wurde, insbesondere dann, wenn es sich um eine Folgeverordnung, beispielsweise für Insulininjektionen handelt, die in materieller Hinsicht in jedem Fall genehmigt werden müsste und in der Vorverordnung auch genehmigt wurde.

Die gegenteilige Auffassung ist mit dem Sinn und Zweck der Ziffer 24 der Richtlinien nicht vereinbar. Ziffer 24 der Richtlinien will die Versicherten vor dem Risiko der Kostentragung schützen, das entstünde, wenn verordnete Leistungen schon erbracht werden, die Genehmigung dann aber versagt wird. Für diesen Fall übernimmt die Krankenkasse trotz Nichtgenehmigung die Kosten für die bereits erbrachte häusliche Krankenpflege. Es handelt sich also um eine vorläufige Kostenzusage für die im Vertrauen auf die nach ärztlicher Verordnung erbrachten Leistungen. Die Regelung rechtfertigt keine endgültige Ablehnung bei Überschreitung der Frist für den vor dem Eingang der Verordnung liegenden Zeitraum, wenn die Verordnung vollständig genehmigt wird. Der Leistungsanspruch des Versicherten würde sonst zu Unrecht gekürzt. Die vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen müssten dann dem Versicherten direkt in Rechnung gestellt werden, obwohl er in materieller Hinsicht einen Rechtsanspruch auf Kostenübernahme hat.

Wir gehen davon aus, dass Einvernehmen darüber besteht, dass die bisherige Nummer 24 im Jahr 2000 als eine Regelung der vorläufigen Kostenübernahme aufgenommen wurde. Durch eine Ergänzung wie von uns vorgeschlagen würden Fehlauflösungen, wie sie allerdings nur in einigen Bundesländern bestehen, vermieden und eine Vielzahl von derzeit in dieser Sache geführte Sozialgerichtsverfahren überflüssig.

5.4.1.5 Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp)

zu I.4: (Ergänzung als letzter Absatz)

Wenn die übliche angebotene Behandlungspflege in einer der genannten Einrichtungen keine psychiatrische Fachkrankenpflege umfasst, ist diese spezielle Behandlungspflege i. S. häuslicher Krankenpflege (§37 SGB V) ebenfalls verordnungsfähig.

zu I.8: (Als Ergänzung nach der Aufzählung)

Zur Ermöglichung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, an Patienten mit psychiatrischer Grunderkrankung, ist psychiatrische HKP ebenfalls verordnungsfähig, um i. S. d. §37 SGB V Krankheitseinsicht und Pflegeakzeptanz zu erreichen.

zu I.10:

Aufgrund oft schwieriger Terminvergabe bei niedergelassenen Ärzten und vor allem um die Motivationsarbeit, zum Aufsuchen des Facharztes, bei Patienten mit psychiatrischer Grunderkrankung leisten zu können, sollte die Obergrenze der Verordnungszeit für psychiatrische HKP von 3 auf mind. 5 Tage angehoben werden.

zu I.11:

Für die psychiatrische HKP muss der niedergelassene Facharzt (grundsätzlich verordnet dieser) informiert werden. Auch hier sollte die Dauer von 3 auf mind. 5 Tage angehoben werden.

5.4.1.6 Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad)

Zu I.1)

Der Richtlinienentwurf geht zu weit, soweit er vorsieht, dass geeignete Orte nur solche seien, an den sich Versicherte „regelmäßig wiederkehrend“ aufhalten. Gleiches gilt für das Erfordernis, die Notwendigkeit der Leistungserbringung an dem jeweiligen Ort müsse ihren Ursprung in „medizinisch-pflegerischen“ Gründen haben. Weder der Wortlaut des § 37 SGB V, noch der Sinn und Zweck der Norm geben Anlass zu einer entsprechenden Leistungseinschränkung.

Die Rechtsprechung des BSG vom 21.11.2002 (Az.: B 3 KR 13/02 R) belegt, dass eine rechtmäßige Anwendung des § 37 SGB V nach dem Gebot "versichertenfreundlicher" Auslegung, wie es aus § 2 Absatz 2 SGB I zu entnehmen ist, erfordert, dass die sozialen Rechte der Versicherten möglichst weit gehend verwirklicht werden (Effektuierungsgrundsatz). Zwar bringe der unklare Gesetzeswortlaut den Willen des Gesetzgebers nur unzureichend zum Ausdruck, maßgeblich sei jedoch, dass es dem Gesetzgeber bei der Umschreibung des Aufenthaltsortes des Versicherten im Rahmen der Behandlungspflege vor allem um die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationären Bereich ging. Die Regelung gehe nach der Rechtsprechung des BSG davon aus, dass Behandlungspflege „dort zu erbringen ist, wo die Versorgung des Versicherten mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Hilfe, vergleichbar der Versorgung bei stationärer Behandlung im Krankenhaus, sicher gestellt ist.“

Dies kann unabhängig davon gegeben sein, ob der Ort der behandlungspflegerischen Versorgung „regelmäßig wiederholend“ oder nur einmalig aufgesucht wird. Auch können es nicht nur „medizinisch-pflegerische“ Gründe erforderlich machen, die Versorgung außerhalb des eigenen Haushalts stattfinden zu lassen, ohne dass dies die objektive Geeignetheit des Versorgungsortes mindert. Die Rechtsprechung hat dies bereits in der Vergangenheit u.a. in den Fällen bestätigt, in denen die Gründe der externen Versorgung im berechtigten Interesse der Versicherten an einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben lagen.

Im Hinblick auf die o.g. rechtlichen Wertungen und im Sinne einer sachgerechteren Lösung schlägt der bad e.V. vor, in Nr. 2 Satz 2 n. F. die Worte „regelmäßig wiederkehrend“ und „medizinisch-pflegerisch“ ersatzlos zu streichen.

Zu I.4)

Nummer 6 Satz 2 ist dahingehend abzuändern, dass häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden kann, wenn die „Intensität oder Häufigkeit“ der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlung vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht schon auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. Der Entwurf in seiner aktuellen Fassung verkennt, dass die gesetzlich vorgesehene Leistungsvoraussetzung – hier: ein „besonders hoher Pflegebedarf“ – bereits allein durch eine extrem häufige Leistungserforderlichkeit erfüllt sein kann. Ein besonders hoher Pflegebedarf ist darüber hinaus von seinem Wortsinn auch dann gegeben, wenn besonders anspruchsvolle oder intensivpflegerische Maßnahme erforderlich sind, die nach den Geboten der im Verkehr erforderli-

chen Sorgfalt nur von einer Pflegefachkraft erbracht werden können. Zu verlangen, dass beide Kriterien kumulativ vorliegen müssen, um die behandlungspflegerische Versorgung in der Behindertenwerkstatt zuzulassen, würde bedeuten, dem gesetzgeberischen Willen zu wider zu handeln und den Leistungsanspruch der Versicherten in einem unzulässigen Maße zu beschneiden.

Nummer 6 Satz 4 versucht den unbestimmten Rechtsbegriff „besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“, den der Gesetzgeber in § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V als Voraussetzung für die Leistungserbringung nach § 37 SGB V in Pflegeheimen vorgesehen hat, abschließend zu definieren. Der Beurteilungsspielraum, den unbestimmte Rechtsbegriffe definitionsgemäß der Verwaltung auf der Tatbestandsseite einer Norm einzuräumen sollen, wird hier aus Sicht des bad e.V. in unzulässiger Weise beschnitten, da die Definition in Satz 4 strengere Anforderungen stellt, als es die gesetzliche Vorgabe rechtfertigt. Sachgerecht und vorzugswürdig ist hingegen, der Praxis in den Richtlinien eine Auslegungshilfe an die Hand zu geben, indem man beispielhafte Konkretisierungen des Gesetzes benennt. Dies entspricht auch dem gesetzgeberischen Auftrag aus § 37 Abs. 6 Satz 1 SGB V, nach dem der Gemeinsame Bundesausschuss „Fälle festlegen“ soll, in denen die Leistungserbringung außerhalb des Haushalts und der Familie möglich ist.

Hinsichtlich der Vorzugswürdigkeit, die „Intensität“ und „Häufigkeit“ der behandlungspflegerischen Maßnahmen als alternative und nicht als kumulative Voraussetzungen zu normieren, verweisen wir auf unsere unter I.4 gemachten Ausführungen.

Ferner muss nicht immer die „ständige“ Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich sein, um von einem „besonders hohen Bedarf“ an medizinischer Behandlungspflege ausgehen zu können. Vielmehr kann dieser beispielsweise auch in einer fachlich sehr anspruchsvollen, über viele Stunden andauernden behandlungspflegerischen Versorgung begründet sein. Diesen Fall erfasst der derzeitige Entwurf zu Unrecht nicht. Im Bereich der Intensiv-/ Beatmungspflege gilt es zu beachten, dass im Einzelfall beatmungsfreie Intervalle möglich sind, während denen der Patient zwar einer fachgerechten Krankenbeobachtung bedarf, innerhalb der der Betrieb eines Beatmungsgeräts jedoch nicht erforderlich ist. Dies schließt den faktisch hohen pflegerischen Bedarf auch dann nicht aus, wenn sich das beatmungsfreie Intervall im Einzelfall auf einen Tag- oder Nachtzeitraum erstreckt. Die Richtlinien sollten den Leistungsbereich dahingehend nicht einschränken.

Der Formulierungsvorschlag des bad e.V. für Nummer 6 Satz 4 lautet folglich:

„Dies ist *insbesondere* der Fall, wenn eine geeignete Pflegefachkraft *individuell erforderlich* ist,

- aufgrund der Intensität *oder* des Umfangs der behandlungspflegerischen Maßnahmen *oder*
- um ein Beatmungsgerät im Sinne der Nr. 8 der Anlage zu bedienen und zu überwachen.

Zu I.6

Der Entwurf setzt hier die gesetzgeberische Vorgabe konsequent um.

Zu I.8

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschränkt sich zu Recht auf eine beispielhafte Aufzählung möglicher Konstellationen verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen.

5.4.1.7 Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK)

in I.1 ergänzen: Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergär-

ten, stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Kurzzeitpflege, betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.

in I.8 ändern: Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere können unter anderen sein:

Begründung: Der Katalog soll und kann nicht abschließend gemeint sein. Für die tägliche Praxis muss dies deutlicher hervorgehoben werden. Die Anbieter von Pflegeleistungen als auch die Krankenkassen werden diese Auflistung ansonsten leicht als abschließende Liste missverstehen, wie es die Erfahrung gezeigt hat.

Bitte folgende Punkte hinzufügen:

„Bei Kindern sind zusätzliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen unter anderen:

1. Verabreichung von krampflösenden oder schmerzstillenden Medikamenten zur Verrichtung von grundpflegerischen Maßnahmen wie Waschen/Duschen/Baden, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme,
2. Atmungserleichternde Maßnahmen wie Inhalation, Einreibungen, etc. vor und während der Maßnahmen zur Aufnahme der Nahrung.“

Begründung: Insbesondere neurologische und neurodegenerative Erkrankungen (letztere gibt es meist im Erwachsenenalter nicht mehr, da die Kinder im Kinder- oder Jugendalter versterben) erfordern bei allen Tätigkeiten am Kind vorher eine Medikation, welche nur zur Erleichterung des Kindes bei Verrichtung der Pflēgetätigkeit verabreicht wird.

3. Maßnahmen der Hinführung und Unterstützung zur Nahrungsaufnahme und zu selbständigem Schlucken.

Begründung: Bei ehemaligen Frühgeborenen und anderen Säuglingen mit schweren chronischen Erkrankungen wie z. B. Herzfehler oder neurologischen Erkrankungen, stellt das vorsichtige Füttern, das Hinführen zum selbständigen Schlucken sowie die Anleitung der Eltern zu diesen Maßnahmen eine existenzielle Pflegemaßnahme dar, die unbedingt den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zuzuordnen sind, da sie nichts mit Grundpflegemaßnahmen zu tun haben. Existenziell deshalb, weil mit dem selbständigen Schlucken wichtige weitere psychomotorische Entwicklungen und Lernschritte einhergehen, die bei Ausbleiben dieser Möglichkeit nur unzureichend durch Logopädie und Psychiatrie ausgeglichen werden können.

in I.10 Satz 2 hinzufügen: Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege für Kinder im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus längstens für 28 Tage verordnen.“

in I.11 Satz 4 hinzufügen: Bei Kindern kann der Krankenhausarzt die Erstverordnung zur Entlassung aus dem Krankenhaus für längstens 28 Tage ausstellen.“

Begründung: Bei Kindern sind zwei Szenarien häufig anzutreffen: 1. Die Kinder (Säuglinge) haben sich noch nicht außerhalb des Krankenhauses aufgehalten, so dass es noch keinen Vertrags-Kinderarzt gibt, der das Kind und die Situation kennt und die erforderlichen Verordnungsinhalte einschätzen kann. Wegen der zu erwartenden

tenden erforderlichen umfassenden Versorgung durch den Vertragsarzt, benötigt es Zeit, diesen zu finden und bis dieser die Lage einschätzen kann. 2. Die Krankheitsbilder von Kindern, die HKP benötigen, sind häufig so komplex, schwer und selten, dass der zuständige Vertrags-Kinderarzt den Bedarf an HKP innerhalb von 3 Tagen nicht adäquat einschätzen kann.

5.4.1.8 Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

Der bpa begrüßt die durch das GKV-WSG vorgenommenen Änderungen des § 37 und § 37a SGB V. Unter Einbeziehung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gilt dieses insbesondere für die gesetzliche Klarstellung zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sowie zur Gewährung häuslicher Krankenpflege insbesondere in neuen Wohnformen (sowie in Ausnahmefällen auch in Pflegeheimen. Die seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen der Richtlinien vorgenommenen Ausgestaltungen und Präzisierungen beinhalten teilweise unbestimmte Rechtsbegriffe und formale Anforderungen, die im Sinne der gesetzgeberischen Zielsetzung nach Auffassung des bpa nicht immer zuträglich sind.

Die Einschränkung auf eine unvorhersehbare Intensität und Häufigkeit der Behandlungspflegerischen Maßnahmen in Heimen ist nur teilweise geeignet, um eine angemessene Refinanzierung der Erfüllung des besonders hohen Bedarfes zu gewährleisten. Notwendig und angemessen ist eine Regelung, die einen Anspruch auch dann ermöglicht, wenn ein vorhersehbarer besonders hoher Bedarf an Behandlungspflegerischen Maßnahmen zu erfüllen ist. Damit würde auch der gesetzlichen Regelung entsprochen, welche keineswegs nur auf unvorhersehbare Pflegesituationen abstellt.

Im Folgenden nimmt der bpa zu den einzelnen Punkten wie folgt Stellung:

Zu I.1., neuer Satz 2:

Der bpa begrüßt die Klarstellung definierter geeigneter Orte zur Leistungserbringung. Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, eine Definition „geeigneter Orte“ zu entwickeln. Nach der Gesetzesbegründung soll durch diese Regelung insbesondere die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung geeigneter Erbringungsorte erreicht und der Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege von nicht pflegebedürftigen Patienten nach Krankenhausaufenthalt in Kurzzeitpflegeeinrichtungen geregelt werden. Der enge Begriff des Haushalts hatte in der Vergangenheit zu einer Vielzahl von gerichtlichen Auseinandersetzungen geführt, die im Ergebnis eine nicht zu rechtfertigende Benachteiligung anderer Erbringungsorte feststellte. Die nun durch den Gesetzgeber vorgenommene und vom Gemeinsamen Bundesausschuss auszufüllende Öffnung sollte nicht wieder durch erneute Einschränkungen zum Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung werden müssen. Vor diesem Hintergrund sind die restriktiven und einschränkenden Formulierungen, z. B. dass der Versicherte sich an dem Erbringungsort „regelmäßig wiederkehrend“ aufzuhalten hat, unangebracht. Diese Formulierung dürfte insbesondere die vom Gesetzgeber gewünschte Einbeziehung des Leistungsortes Kurzzeitpflege ausschließen. Derartige Formulierungen werden durch die breite Auslegungsfähigkeit dieses unbestimmten Rechtsbegriffs in der Genehmigungspraxis zu neuerlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern führen. Dieses gilt ebenso für die Textstellen

- „die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann“,
- „geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen“ und
- „an diesem Ort notwendig ist“.

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege dürfen nur verordnet werden, wenn sie

notwendig sind. Die zugelassenen Leistungserbringer sind für eine zuverlässige Leistungserbringung verantwortlich. Im Umkehrschluss wäre eine Maßnahme, von der nicht abschließend beurteilt werden kann, ob diese zuverlässig durchgeführt werden kann, nach dem vorliegenden Text, abzulehnen, obwohl diese medizinisch oder pflegerisch erforderlich wäre. Der bpa geht davon aus, dass diese einschränkenden Regelungen die Leistungsanspruchnahme deutlich erschweren werden und damit dem Willen des Gesetzgebers nur unzureichend Rechnung tragen.

Änderungsvorschlag:

I.1 In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte aufhält und an denen

- die verordnete Maßnahme durchgeführt werden kann,

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten, insbesondere Werkstätten für Behinderte, und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. In Einrichtungen der Kurzzeitpflege besteht der Anspruch nur, sofern es sich nicht um pflegebedürftige Leistungsempfänger im Sinne des § 14 SGB XI handelt.“

Zu I.4, neue Nr. 6, S. 1:

In der Beispielaufzählung von Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen ein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht, sind auch Rehabilitations- und Behinderteneinrichtungen aufgeführt. Bei diesen Rehabilitations- und Behinderteneinrichtungen ist der Anspruch auf Behandlungspflege davon abhängig, ob die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zwischen dem Einrichtungsträger und den Kostenträgern vertraglich vereinbart wurden. Nur dann ist in diesen Einrichtungen eine Verordnung häuslicher Krankenpflege nicht möglich. Aufgrund dieser Besonderheiten, die hier nicht ausdifferenziert dargestellt werden können, sollten diese Einrichtungstypen aus der Beispielaufzählung in Satz 1 entfernt werden. Um eine Gleichbehandlung von Leistungsempfängern der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen, die weder gesetzlich noch vertraglich zur Erbringung der Behandlungspflege verpflichtet sind, sicherzustellen, sollten diese mit den Personen in Werkstätten für behinderte Menschen gleichgestellt werden.

Änderungsvorschlag:

I.4 Die neue Nummer 6 wird wie folgt neugefasst:

„Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Pflegeheimen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Behinderteneinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und die Behandlungspflege der Leistungsempfänger nicht bereits durch anderweitige vertragliche Regelungen gesichert ist, z. B. wenn die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflich-

tet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

Zu I.4, neue Nr. 6, S. 4:

Die vom G-BA vorgeschlagene Regelung bedeutet einen Fortschritt für eine sehr kleine und überschaubare Gruppe von Versicherten in Pflegeheimen. Allerdings bedarf es der Präzisierung, um zu vermeiden, dass alleine mit Verweis auf die nach wie vor geltende HeimPersV der Anspruch abgelehnt wird, weil eine Fachkraft ständig anwesend sei.

Unstrittig dürfte die Regelung sein, welche einen Anspruch festschreibt, soweit die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Die Fachkräfte in den Pflegeheimen schildern eine kontinuierlich wachsende Belastung auch durch Pflegesituationen, in denen ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Es wird davon ausgegangen, dass diese Situation sich weiter verschärfen wird. Dies wird verschärft durch die Entwicklung, dass im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ein nur vorübergehender Aufenthalt im Pflegeheim gewählt wird, um einen besonderen behandlungspflegerischen Aufwand außerhalb des Krankenhauses leisten zu können. Die jetzige gesetzliche Regelung verhindert nahezu eine individuelle Betrachtung, da die Kosten – systemwidrig – pauschal mit der Pflegevergütung nach SGB XI abgegolten sind.

Von daher ist die Einschränkung auf eine unvorhersehbare Intensität und Häufigkeit der behandlungspflegerischen Maßnahmen nur teilweise geeignet, um eine angemessene Refinanzierung der Erfüllung des besonders hohen Bedarfes zu gewährleisten. Notwendig und angemessen wäre eine Regelung, die einen Anspruch auch dann ermöglicht, wenn ein vorhersehbarer besonders hoher Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen zu erfüllen ist. Damit würde auch der gesetzlichen Regelung entsprochen, welche keineswegs nur auf unvorhersehbare Pflegesituationen abstellt. Die Einschränkung, welche mit der Unvorhersehbarkeit der Intensität und Häufigkeit verbunden ist, wird folglich abgelehnt.

Bei der Umsetzung sollte von Beginn an berücksichtigt werden, dass ein möglichst unkompliziertes Verfahren gewählt ist. Keineswegs darf z.B. die Kostenübernahme an einen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen geknüpft werden, da Angehörige betroffener Heimbewohner nicht im gleichen Haushalt leben. Zudem sollte versucht werden, jeweils eine pauschale Vergütungsregelung zu treffen, um besonders aufwändige Einzelleistungsabrechnungen zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist immer dann der Fall, wenn es sich um Wachkomapatienten oder Dauerbeatmete oder vergleichbare Personengruppen handelt.

Zu I.6, neue Nr. 9, S. 3

In Nr. 9 Satz 3 muss dem klaren Gesetzesbefehl Rechnung getragen werden und eindeutig der Anspruch auf Verordnung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege feststehen. Die hier gewählte Kann-Regelung suggeriert eine Ermessensentscheidung im Rahmen der Verordnung. Nach § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz sind krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann zu verordnen, wenn diese als Hilfebedarf bei

der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des SGB XI berücksichtigt wurden.

Änderungsvorschlag:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann zu verordnen, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.“

Zu I.7, neue Nr. 9, letzter Satz

Bisher bestand für eine Krankenkasse die Möglichkeit sowohl die Grundpflege als auch die hauswirtschaftliche Versorgung oder auch beide Leistungen als Satzungsleistung, in Verbindung mit der Sicherungspflege, ihren Versicherten zu gewähren. Aufgrund der beabsichtigten Änderung besteht die Gefahr, dass zukünftig diese Regelung dahingehend interpretiert wird, dass die Satzungen immer beide Leistungen umfassen müssen. Zur Vermeidung von Missverständnissen ist die alte Formulierung beizubehalten.

Zu I.8 neue Nr. 10

Grundsätzlich hält der bpa die nunmehr erfolgte gesetzliche Klarstellung zu den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen für zielführend und sachgerecht. Die durch den G-BA gewählte nicht abschließende Aufzählung der Maßnahmen wird seitens des bpa grundsätzlich begrüßt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird allerdings eine Ergänzung der Aufzählung für erforderlich gehalten, um zumindest die relevanten verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen abzubilden und damit Auslegungskonflikte zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Änderungsvorschlag:

Einfügung nach Satz eins Nr. 10 neu:

- „Einreiben mit Dermatika oder oro/ tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / Zu-Bettgehens, **Quincke-Lagerung: vorübergehende Tief-Lagerung des Oberkörpers in Bauch- oder Seitenlage zur gezielten Erleichterung des Abhustens von Bronchialsekreten in Verbindung mit der Mobilisation**
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens
- **Dermatologisches Teil- od. Vollbad bei der Verrichtung Waschen/Duschen/Baden**
- **Gabe von Schmerzmedikamenten vor/ während der grundpflegerischen Versorgung zur Durchführung der Körperpflege**
- **Versorgung des Anus praeter durch wechseln der Adhesivplatte in Verbindung mit dem Waschen /Duschen/Baden, Darm- oder Blasenentlee-**

rung.“

Zu I.10 neue Nr. 11 und I.11 neue Nr. 31

Der Gesetzgeber hat in seiner Gesetzesbegründung zum GKV-WVG darauf verwiesen, dass die Möglichkeit der Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt den Verwaltungsaufwand vermindern und die Versorgung der Patienten sicherstellen soll. Nach dem vorliegenden Textentwurf soll der Krankenhausarzt rechtzeitig den Hausarzt informieren, damit dieser verordnet. Erreicht der Krankenhausarzt den Hausarzt nicht, hat er dieses zu dokumentieren. Diese Regelung steht im Gegensatz zu der gesetzgeberischen Zielsetzung. Sie vermindert den Verwaltungsaufwand nicht, sie verschärft ihn. Ein derartiger Aufwand für eine dreitägige Verordnung ist nicht angemessen und einer unbürokratischen Krankenhausentlassung, z. B. auch an Wochenenden, nicht zuträglich.

Änderungsvorschlag:

„Krankenhausärzte verordnen bei vorliegenden Voraussetzungen häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage.“

Die neue Nummer 31 wird vollständig gestrichen.

5.4.1.9 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)

Im Zusammenhang mit unserer Stellungnahme zu den neu vorliegenden Beschlüssen möchten wir nochmals auf die Nummer 16: Infusionen, i. v. des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahme der häuslichen Krankenpflege Bezug nehmen. Wir haben bereits in unserer Stellungnahme vom 26.1.07 im Zusammenhang zum Beschluss zu den speziellen Belangen von Kindern und Sonstigen Änderungen auf diesen Aspekt hingewiesen.

In der Leistungsbeschreibung heißt es momentan: „Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion ...“ Bei der Formulierung der Richtlinien wurde nicht bedacht, dass das Abnehmen einer Infusion einen gesonderten Arbeitsgang mit einem zusätzlich erforderlichen Hausbesuch darstellt und damit auch als eine verordnungsfähige Leistung in den Richtlinien aufzuführen ist. Es ist unstrittig, dass gerade die Leistung des Abhängens einer zentralvenösen Infusion besonders aufwendig ist und besonderen Sachverstand erfordert. Das Abhängen einer Infusion ist eindeutig eine medizinisch notwendige Verrichtung zu der der Versicherte kaum selbst in der Lage ist dieses vorzunehmen. Der DBfK sieht es daher als erforderlich an, diese Maßnahme als verordnungsfähige Maßnahme in die HKP-RL aufzunehmen.

Unser fachlicher Standpunkt wird durch das Urteil des Sozialgerichtes Düsseldorf gestützt. Die Richter haben im Urteil vom 21.09.07 das An- und Abhängen einer intravenösen Infusion als zwei getrennt zu betrachtende Vorgänge mit auch jeweils zweimaligen Vergütungsanspruch bewertet (Az.: S8 (4) KR 87/06). Der DBfK möchte daher erneut folgende Formulierung vorschlagen:

Infusionen, i.v., Anhängen, Wechseln oder Abnehmen der ärztlich verordneten Infusion...

Zu den zugesandten Beschlüssen nimmt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) wie folgt Stellung:

Beschluss zur Umsetzung von Vorgaben des GKV-WSG

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe erachtet folgende Änderungen als erforderlich:

zu I.1

folgende Formulierung wird vorgeschlagen:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält, wenn

- die Leistung der häuslichen Krankenpflege aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist und
- sich der Versicherte in einer Einrichtung aufhält, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen keinen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat. Orte und Einrichtungen im Sinne des Satzes 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Begründung:

Allein die medizinische Notwendigkeit muss ausschlaggebend für die Gewährung der Leistung sein, nicht die räumlichen Gegebenheiten vor Ort, zumal der Versicherte keinen Einfluss auf die baulichen und räumlichen Verhältnisse z. B. von Schulen, Kindergärten, Werkstätten für Behinderte usw. nehmen kann. Zudem stellt der vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter beauftragte ambulante Pflegedienst die Leistungen der HKP sicher.

zu I.4 Absatz 2

folgende Formulierung wird vorgeschlagen:

„Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen

verordnet werden, wenn

- die Leistung der häuslichen Krankenpflege aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in der Werkstatt notwendig ist und
- die Werkstatt für behinderte Menschen auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung nicht verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.“

Begründung:

Die Leistungsgewährung vom Ausmaß an Intensität und Häufigkeit der zu erbringende Pflege und der Qualifikation der Leistungserbringer abhängig zu machen, widerspricht dem Willen des Gesetzgebers und schränkt den Leistungsanspruch der versicherten behinderten Menschen unzulässig ein.

Zudem widerspricht die Benennung der Pflegefachkraft der Systematik der Verordnung, da zum einen auf die Leistungserbringung unter VI. Zusammenarbeit mit Pflegediensten / Krankenhäusern eingegangen und zum anderen die Leistungserbringung in den Verträgen gem. § 132 a SGB V zwischen den Kostenträgern und den Leis-

tungserbringern geregelt wird.

Weiterhin kann auf die Nennung von Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege kann verzichtet werden, da diese Voraussetzungen für jede Verordnung einer HKP-Leistung gelten.

zu I.4 Absatz 3

folgende Formulierung wird vorgeschlagen:

„Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte (z. B. Versicherte im Wachkoma, mit Dauerbeatmung, mit AIDS, mit onkologischen Erkrankungen, mit schweren neurologischen Erkrankungen wie MS oder ALS oder mit Querschnittslähmungen) in Pflegeheimen zulässig, die voraussichtlich für mindestens 6 Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, z. B. an besonders aufwendiger Krankenbeobachtung, an Wundversorgungen, häufigen Absaugen, Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten und anderen Medizinprodukten, parenterale Ernährung und Port-Versorgung oder Inhalationen, haben.“

Begründung:

Satz 2 ist zu streichen, weil auch an dieser Stelle Leistungsanspruch mit Leistungsbedingungen verknüpft werden. Ein hoher Bedarf an Behandlungspflege ist im Zusammenhang mit einer hohen Anwesenheit von Pflegekräften zu sehen, erfordert jedoch nicht generell eine „ständige“ Anwesenheit. Mit der Formulierung der „ständigen Anwesenheit“ wird der Leistungsanspruch auf die Gruppe der Dauerbeatmungspatienten beschränkt, bei denen eine ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft im Zimmer, u.a. zum Absaugen der oberen Luftwege, benötigt wird. Es müssen aber auch Versicherte mit anderen aufwendigen Behandlungsbedarfen an dieser Möglichkeit teilhaben können, um dem Willen des Gesetzgebers zu entsprechen und diese Gruppe von sehr hohen Zuzahlungskosten für die besonders aufwendigen Behandlungsmaßnahme zu entlasten (vgl. Drucksache 755/06 des Deutschen Bundesrates).

zu I.10 und I.11

folgende Formulierung wird vorgeschlagen:

„Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen.

Begründung:

In der neuen Nummer 11 ist der letzte Teilsatz zu streichen, da auch die neue Nummer 31 nicht aufzunehmen ist. Mit der Ergänzung von Nummer 3 im §92 Absatz 7 SGB V verbindet sich der gesetzliche Wille, Verwaltungsaufwand zu mildern und gleichzeitig zu helfen, Versorgungslücken zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege zu vermeiden und damit den Behandlungserfolg zu sichern. Die angedachte Voraussetzung der dokumentierten Nichterreichbarkeit des Hausarztes für eine VO Häuslicher Krankenpflege durch Krankenhausärzte birgt in sich neuen unnötigen bürokratischen Aufwand. Diese Regelung wird daher vom DBfK als nicht zielführend angesehen. Sie erschwert einen nahtlosen Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege statt ihn, wie gesetzlich beabsichtigt, zu verbessern (vgl. Drucksache 755/06 des Deutschen Bundesrates S. 366).

5.4.1.10 Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)

1. Definition des geeigneten Ortes zur Erbringung von Behandlungspflege

Zu I.1.

Unter I.1 wird in Nummer 2, Satz 2 beschrieben, dass der Ort zur Erbringung der Behandlungspflege ein Ort sein muss, „an dem sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“. Diese Definition behindert die Flexibilität bei der Leistungserbringung, die ein wichtiges Ziel dieser Gesetzesänderung war (vgl. Begründung zum GKV-WSG) und schränkt unseres Erachtens den gesetzlichen Leistungsanspruch ein. Häusliche Krankenpflege sollte an allen Orten möglich sein, an denen sich ein Versicherter aufhält und einen Bedarf an Behandlungspflege hat. Solche Fallkonstellationen wären die flexible Erbringung von Behandlungspflege auch in speziellen Räumlichkeiten und an Orten wie z.B. einer Wundsprechstunde der Sozialstation, bei einem Ausflug der Schule, einer Unternehmung einer Behindertenwerkstätte oder an dem Urlaubsort eines Pflegebedürftigen.

Deshalb schlagen wir vor, den Halbsatz „an dem sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“ zu streichen.

Für die weitere Definition des Ortes halten wir den folgenden ersten Spiegelstrich mit der Beschreibung, dass „die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann“ für ausreichend.

Der Zweite Spiegelstrich („für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse ...“) sollte entfallen, da er im ersten Spiegelstrich bereits enthalten ist: der Begriff „zuverlässig“ enthält eine ausreichende bewertende Beschreibung für die Erbringung dieser Maßnahme. Im Übrigen sollte die konkrete Durchführung von Behandlungspflege der Fachlichkeit der durchführenden Pflegekräfte und dem Selbstbestimmungsrecht des Versicherten anheim gestellt sein. Außerdem beschreiben die genannten Beispiele Selbstverständlichkeiten, die nicht in einer Richtlinie beschrieben werden müssen (Hygiene, Licht und Wahrung der Intimsphäre).

Um die Eindeutigkeit der Richtlinien für die Anwendung in der Praxis zu verbessern, sollte außerdem die Aufzählung der Orte, an denen nach Satz 2 die Erbringung von Behandlungspflege möglich sein soll, noch um neue Wohn- und Betreuungsformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie Betreuungsformen für ältere Menschen (z.B. nach dem PfEG oder der Betreuung in Gastfamilien) sowie auch um die Einrichtungen der Kurzzeitpflege ergänzt werden.

Die Wohngemeinschaften sowie die Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind außerdem bereits in der Begründung zum GKV-WSG ausdrücklich aufgeführt.

2. Zu I.4 Nr. 6

Die neu gefasste Nr. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen kein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht. In dieser Aufzählung werden Behinderteneinrichtungen neben Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aufgeführt.

Diese Gleichsetzung von Behinderteneinrichtungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aus sachlichen Gründen zurückzuweisen. Aus formalen Gründen ist der unbestimmte Begriff der Behinderteneinrichtung ungeeignet, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten usw. umfassen könnte, die z. T. explizit vom Wortlaut des § 37 SGB V erfasst werden. Deshalb ist der Begriff der Behinderteneinrichtung ist aus dieser Aufzählung in Klammern herauszunehmen, da dadurch der Eindruck erweckt wird, das in diesen Einrichtungen ein genereller Anspruch auf Behandlungspflege bereits besteht.

Es gibt jedoch länder- und einrichtungsspezifische Vergütungsvereinbarungen zwi-

schen den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe, nach denen ein nicht näher definierter Umfang behandlungspflegerischer Leistungen zum Leistungsspektrum der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gehört.

In Pflegeheimen gibt es seit dem GKV-WSG (vgl. § 37 Abs. 1 Satz 3) ebenfalls einen Anspruch auf Behandlungspflege bei einem besonders hohen Bedarf.

Wir schlagen deshalb folgende Änderung (fett gedruckt) von I.4. Nr. 6 vor:

„Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen ein **genereller** Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen), **kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen besondere Vereinbarungen zur Erbringung von Behandlungspflege bestehen (z.B. Hospizen, Pflegeheime oder Behinderteneinrichtungen) kann häusliche Krankenpflege ebenfalls nicht erbracht werden.**

3. Definition des besonders hohen Bedarfes an behandlungspflegerischen Maßnahmen

Das Vorliegen eines besonders hohen Bedarfs an behandlungspflegerischen Maßnahmen wird hier an die Notwendigkeit der Anwesenheit und Tätigkeit einer Pflegefachkraft geknüpft. Unseres Erachtens sollte die Leistung als Anspruch des Versicherten formuliert werden und nicht über die Organisationsform („ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft“) oder die Tätigkeiten („individuelle Kontrolle“) der geeigneten Pflegefachkraft definiert werden.

Der Satzteil „die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil“ sollte deshalb gestrichen werden.

Die darauf folgende Aufzählung von Situationen, in denen ein besonders hoher Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen vorliegt, sollte nicht abschließend sein, da ein besonders hoher Behandlungsbedarfs auch bei anderen Fallkonstellationen als den beschriebenen auftreten kann. Das Wort „insbesondere“ ist daher einzufügen.

Wir halten es weiterhin für sinnvoll, den besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege über den notwendigen Zeitaufwand für die Behandlungspflege zu operationalisieren. Der Arzt sollte bei der Verordnung beurteilen, ob ein vom Zeitaufwand deutlich über dem Durchschnitt liegender Anspruch an Behandlungspflege vorliegt. Die Anhaltspunkte für den besonders hohen Bedarf müssen in der Aufzählung um weitere, die in der Praxis einen hohen Zeitaufwand in der Behandlungspflege verursachen wie z.B. die Versorgung von chronischen oder großflächigen Wunden, Chronische Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium sowie die Notwendigkeit der Durchführung der Behandlungspflege von mehr als nur einer Pflege(fach)kraft ergänzt werden ergänzt werden.

Bei der im Entwurf beschriebenen ersten Fallkonstellation ist die Definition des besonders hohen Bedarfs an behandlungspflegerischen Maßnahmen mit dem Wort „unvorhersehbar“ nur sehr unspezifisch und gleichzeitig zu eingrenzend beschrieben. Deshalb lauten unsere Änderungsvorschläge wie folgt (Änderungsvorschläge fett gedruckt, bzw. durchgestrichen):

„Dies ist **insbesondere** der Fall, wenn ~~die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil~~

- ~~behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvor-~~

~~hersehbar~~ am Tag und in der Nacht erfolgen müssen, oder **die zeitlich deutlich den normalen Pflegeaufwand in der Behandlungspflege übersteigen**

- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist
- **chronische oder großflächige Wunden zu versorgen sind**
- **es sich bei der Pflegebedürftige an chronischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium leidet (z.B. HIV oder MS)**
- **die Pflege von mehr als nur einer Pflege(fach)kraft durchgeführt werden muss**

4. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

Zu I.8

Bei der Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen fehlt unseres Erachtens im ersten Spiegelstrich das medizinische Pflegebad bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens.

Die Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sollte außerdem noch um die ärztlich verordnete Sondernahrung ergänzt werden, da auch in diesem Fall Maßnahmen der Grundpflege (Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) und der Behandlungspflege zeitlich und sächlich zusammenfallen.

5. Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt

Zu I.10 neue Nr. 11

Die Beschränkung der Verordnungsdauer auf 3 Tage halten wir im Sinne des Versicherten für zu kurz und in der Folge für den Versicherten zur Organisation einer ggf. notwendigen Folgeverordnung durch seinen Hausarzt zu aufwändig. Auch ist möglicherweise eine fachlich inhaltlich kontinuierliche Behandlung nicht möglich, wenn der Hausarzt die Art der Behandlung anders einschätzen sollte, als der Krankenhausarzt und die Behandlung nicht wie vom Krankenhausarzt vorgeschlagen fortsetzt. Oftmals wird diese Entscheidung vom Hausarzt auch unter Kostenerwägungen zu Vermeidung der Belastung seines eigenen begrenzten Budgets getroffen. Dies betrifft besonders die Fortsetzung einer im Krankenhaus begonnen modernen Wundversorgung. Damit wird das Ziel häuslicher Krankenpflege nämlich der Sicherung der ärztlichen Behandlung in Frage gestellt.

Im Moment der Entlassung aus dem Krankenhaus ist der Krankenhausarzt derjenige, der die Notwendigkeit, den Umfang und die Inhalte der häuslichen Krankenpflege, spricht den medizinisch-pflegerischen Sachverhalt am Besten einschätzen kann. Deshalb sollte die Dauer der Verordnung von häuslicher Krankenpflege nicht auf eine so kurze Zeit beschränkt werden sondern mindestens auf 14 Tage Erstverordnung erweitert werden.

Sollte der gemeinsame Bundesausschuss jedoch zu dem Schluss kommen, die Verordnungsdauer für 3 Tage begrenzt aufrecht erhalten zu wollen, sollte zumindest präzisiert werden, dass es sich um 3 Werktage handelt. Häufig werden Patienten am Freitag aus dem Krankenhaus entlassen. Mit der hier vorgeschlagenen Regelung könnten diese nur noch am Montag zu Ihrem Hausarzt gehen um eine kontinuierliche Anschlussversorgung zu erwirken. Dieser Zeitdruck erscheint uns als unnötig und sicherlich nicht im Sinne des Versicherten.

6. Zu 1.11 neue Nr. 31

Eine rechtzeitige Information des Hausarztes bei Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt unserer Erfahrung nach bisher nicht. Auch ist für den Krankenhausarzt diese hier vorgeschlagene Lösung im Wesentlichen zu verwaltungsaufwändig und entspricht in ihrer Engführung nicht der Arbeitsrealität in einem arbeitsteiligen Krankenhaus. Unseres Erachtens sollte es deshalb eine regelhafte Verordnungsmöglichkeit des Krankenhausarztes geben, ohne dass er vorher den Hausarzt kontaktieren und diesen Kontakt auch dokumentieren muss. Dies sichert eine nahtlose Überleitung und Versorgung in der Häuslichkeit.

Eine Dokumentation könnte zudem ohne irgendeinen Qualitätsverlust auch von anderen Mitarbeitern des Krankenhauses als dem Krankenhausarzt unternommen werden.

Wir schlagen deshalb alternativ folgende Formulierung vor:

„Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann er zur nahtlosen Überleitung und Weiterversorgung des Patienten zu Hause eine Verordnung von bis zu 14 Tagen ausstellen. Der Hausarzt wird durch den Krankenhausarzt entsprechend informiert.“

Wir sind also der Auffassung, dass der jetzt vorliegende Entwurf des G-BA zur Änderung der Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege die Vorgaben des GKV-WSG nicht angemessen umsetzt. Deshalb bitten wir Sie dringend, unsere Lösungsvorschläge in Ihre Entscheidungsbildung einzubeziehen.

5.4.1.11 Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)

Wir bedauern, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beabsichtigten Änderungen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien die Zielsetzung des GKV-WSG zu einer unter sachlichen Aspekten eingegrenzten Ausweitung des Haushaltsbegriffs konterkarieren. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Leistungserbringung häuslicher Krankenpflege geforderten Voraussetzungen und beschriebenen Ausgrenzungen sind vorrangig geeignet, Leistungsansprüche abzuwehren und führen im Vergleich zur Situation vor dem 01.04.2007 teils sogar zu Verschlechterungen für Menschen mit Behinderungen. Es ist zu hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Leistungseinschränkungen korrigiert, damit Versicherte zur Sicherung ihres Anspruchs auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V nicht auf den Rechtsweg verwiesen werden müssen.

zu I.1

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert als Voraussetzung für die Leistungserbringung häuslicher Krankenpflege an sonstigen geeigneten Orten, dass *die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann*.

Diese Voraussetzung muss an dieser Stelle entfallen, da sie Anlass zu Missverständnissen und dementsprechend zu Leistungseingrenzungen bietet. Grundsätzlich ist jede verordnete Maßnahme zuverlässig durchzuführen. Der verordnende Arzt kann davon ausgehen, dass diese Voraussetzung dadurch erfüllt ist, dass die Leistungserbringung durch einen zugelassenen Pflegedienst erfolgt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert - abweichend von den gesetzlichen Vorgaben - als zusätzliche Voraussetzung für die Leistungserbringung an sonstigen geeigneten Orten, dass *für die Erbringung der einzelnen Maßnahme geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z.B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wah-*

zung der Intimsphäre, Beleuchtung).

Diese Voraussetzung muss entfallen, sie ist nicht sachgerecht. Der Anspruch des Versicherten auf häusliche Krankenpflege darf nicht aufgrund der von ihm nicht beeinflussbaren räumlichen Gegebenheiten z.B. in Schulen, Kindergärten, etc. eingeschränkt werden. Zudem hat der verordnende Arzt in der Regel keine Kenntnis über die Räumlichkeiten in Schulen, Kindergärten und an Arbeitsstätten.

Als geeignete Orte sind neben Schulen, Kindergärten und betreuten Wohnformen, Arbeitsstätten auch Behinderteneinrichtungen zu nennen - vgl. hierzu die Ausführungen zu I.4.

zu I.4

1. Absatz

Nach der Begründung zur Änderung von § 37 Abs. 1 und 2 SGB V im GKV-WSG ist ein „geeigneter Ort“ für die Leistung Häuslicher Krankenpflege durch die GKV dann nicht gegeben, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat.“

Unter Bezugnahme auf diesen Aspekt grenzt der Gemeinsame Bundesausschuss *Behinderteneinrichtungen* aus der Leistungserbringung häuslicher Krankenpflege aus. Dies ist nicht sachgerecht. Für Menschen in Behinderteneinrichtungen ist anders als in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen gem. SGB XI kein gesetzlicher Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung definiert. Mit der in Behinderteneinrichtungen üblichen personellen Ausstattung ist zudem nicht sichergestellt, dass Pflegekräfte für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen zur Verfügung stehen.

Der Begriff „Behinderteneinrichtungen“ im ersten Absatz der neuen Nummer 6 ist zu streichen, ansonsten würde aus der Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien eine Schlechterstellung von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Situation vor dem 01.04.2007 resultieren. Dies läuft der Zielsetzung des GKV-WSG zuwider.

2. Absatz

Die Leistungserbringung in Werkstätten für behinderte Menschen soll nach der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beabsichtigten Richtlinienänderung an die Voraussetzung geknüpft werden, dass *Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer geeigneten Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann*. Auch hier wird die Verordnungsfähigkeit häuslicher Krankenpflege in unzulässiger Weise über die gesetzliche Vorgabe hinaus eingegrenzt. Nach der Begründung des GKV-WSG ist ein Leistungsanspruch dann gegeben, wenn wegen des besonders hohen Pflegebedarfs eines Versicherten die zur Verfügung stehenden pflegerischen Fachkräfte nicht ausreichen. Damit wird in Abgrenzung zur WerkstättenVO ein besonderer Leistungsumfang herausgestellt, eine besondere Intensität des Pflegebedarfs als Voraussetzung des Leistungsanspruchs kann daraus nicht abgeleitet werden.

Eine angemessene Umsetzung der mit dem GKV-WSG eingeführten Regelung erfordert, dass häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnungsfähig ist, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthalts in der Werkstatt notwendig und eine Leistungserbringung aufgrund

von § 10 der WerkstättenVO nicht gegeben ist.

3. Absatz

Für besondere, eng begrenzte Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf (z.B. Wachkomapatienten, Dauerbeatmete) regelt § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch die Krankenkassen, um eine finanzielle Überforderung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu vermeiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird seinem Auftrag, hierzu eine Konkretisierung zu formulieren, nicht gerecht. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss formulierten Voraussetzungen, dass *die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist*, schränken die gesetzliche Regelung in unzulässiger Weise ein.

In der Praxis werden Problem daraus entstehen, dass die Vorgabe „ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft“ uneindeutig ist. In der Regel ist diese Voraussetzung in stationären Pflegeeinrichtungen gem. SGB XI von vorneherein erfüllt. Nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschriebenen „Tragenden Gründen“ für diese Formulierung deutet sich jedoch an, dass sie von Krankenkassen als ständige Anwesenheit am Bett des Pflegebedürftigen ausgelegt werden kann. Auch die Bezugnahme auf die Planbarkeit der Einsätze ist nicht sachgerecht, da auch bei planbaren Einsätzen der Leistungsumfang ein Ausmaß erreichen kann, dass angesichts gedeckelter Leistungsbeträge der Pflegeversicherung eine finanzielle Überforderung eintritt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert keine Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf. Dies ist jedoch in der Begründung zum GKV-WSG gefordert und zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V erforderlich. Zu den zu berücksichtigenden Personengruppen zählen insbesondere Versicherte im Wachkoma, mit Dauerbeatmung, mit AIDS, mit onkologischen Erkrankungen, mit schweren neurologischen Erkrankungen wie MS oder ALS, mit Querschnittlähmungen, wenn sie auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dazu gehört z.B. besonders aufwendige Krankenbeobachtung, Wundversorgungen, häufiges Absaugen, Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten und anderen Medizinprodukten, parenterale Ernährung und Port-Versorgung sowie Inhalationen.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Erbringung der Behandlungspflege für die genannten Personengruppen im Einzelfall Spezialkenntnisse erfordern kann (z.B. komplizierte Trachealkanülenwechsel bei einem dilatativen Tracheostoma), die von Pflegeeinrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI verfügen, nicht vorgehalten werden. In diesen Fällen ist die Behandlungspflege nur über die Inanspruchnahme speziell darauf ausgerichteter ambulanter Pflegedienste sicher zu stellen. Damit die Kontakte zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bestehen bleiben, dürfen diese Personengruppen nicht auf die Unterbringung in Spezialkliniken verwiesen werden. Vielmehr ist ihnen das Leben in einem wohnortnahen Pflegeheim mit Leistungen der Behandlungspflege über einen speziell auf die Versorgung dieser Personengruppe ausgerichteten ambulanten Pflegedienst zu ermöglichen.

Kurzzeitpflege – vgl. Nr. 7 der HKP-Richtlinie

Erforderlich ist eine Ergänzung von Nr. 7 „Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden ...“, wenn sich ein nicht pflegebedürftiger

Patient nach einem Krankenhausaufenthalt übergangsweise in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung begeben muss, weil eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit noch nicht ausreichend sichergestellt ist.

Diese Formulierung ist im Wortlaut der Begründung zu § 37 Abs. 1 SGB V im GKV-WSG entnommen, in der ausdrücklich festgestellt wird, dass auch dieser Fall von der Neuregelung erfasst sein soll.

zu I.6 und I.8

Mit dem GKV-WSG wurde verdeutlicht, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann zur häuslichen Krankenpflege gehören, wenn sie im Rahmen der Pflegebedürftigkeits-Feststellung gem. SGB XI berücksichtigt wurden. In der Begründung zum GKV-WSG wurde bereits beschrieben, dass es sich insbesondere um folgende Maßnahmen handelt: das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, eine oro/tracheale Sekretabsaugung, das Einreiben mit Dermatika, die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs, die Einmalkatheterisierung, das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens, Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde aufgegeben, Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu konkretisieren. Art und Inhalt dieser Leistungen sind in der Anlage zu den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien, in dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen, bereits beschrieben. Dementsprechend ist die Generalklausel unter I.6 völlig ausreichend.

Die weiteren Ausführungen unter I.8 sind nicht hilfreich und sollten deshalb entfallen. Es irritiert, dass hier die Beschreibung der Maßnahmen aus der Begutachtungsrichtlinie gem. SGB XI aufgegriffen wird. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden diese krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nur dann berücksichtigt, wenn sie verrichtungsbezogen anfallen. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist jedoch nicht auf diese Verrichtungsbezogenheit beschränkt, sondern erstreckt sich auch darauf. Eine Bezugnahme auf diesen Kontext im Rahmen der Verordnung häuslicher Krankenpflege ist überflüssig. Nach dem Willen des Gesetzgebers bedarf es seit dem 01.04.2007 keiner Prüfung, ob verordnete krankheitsspezifische Maßnahmen auch bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI berücksichtigt wurden.

zu I.11

In § 92 Abs. 7 SGB V wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch das GKV-WSG aufgegeben, die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu regeln. Dadurch soll der oftmals enorme Verwaltungsaufwand vermieden werden, der Pflegediensten aus der Einbeziehung des Vertragsarztes in den Verordnungs- und Behandlungsprozess im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt entsteht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss fordert als Voraussetzung für eine Verordnung häuslicher Krankenpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, dass der Krankenhausarzt *rechtzeitig den Hausarzt informiert* und nur, wenn *der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Nichterreichbarkeit ist zu dokumentieren*, eine Verordnung ausstellt. Diese Voraussetzung ist zu streichen. Mit der Gesetzesänderung war keineswegs intendiert, dass der Krankenhausarzt anstelle des Pflegedienstes mit besonderem Verwaltungsaufwand belastet wird.

5.4.1.12 Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)

Wir begrüßen die vorgeschlagenen Änderungen und die damit einhergehende Flexibilisierung der Leistungserbringung zugunsten der Versicherten.

Jedoch schränkt der von Seiten des G-BA gemachte Formulierungsvorschlag in Nr. 2 als Satz 2 einzufügen

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält

die Flexibilisierung unnötig ein.

Während in früheren Jahren die Lebensqualität und die Möglichkeiten einer individuellen Lebensführung von Behinderten und chronisch Kranken durch starre Versorgungsstrukturen reglementiert waren, leben wir nun in einer Zeit von flexiblen und integrierten Versorgungsstrukturen, die eine weit reichende Versorgungssicherheit auch für diejenigen Personen herstellen kann, die ihre Lebensgestaltung früher krankheits- und versorgungsbedingt mehr oder weniger stark einschränken mussten.

Daher ist die Einschränkung der Definition bzgl. der „sonstigen geeigneten Orte“ auf diejenigen Orte, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält, nicht zeitgemäß.

Für diejenigen Versicherten, die Häusliche Krankenpflege längerfristig als Behandlungspflegerische Sicherungspflege erhalten, ist es als eine empfindliche Einschränkung ihrer Lebensgestaltung und ihrer Freizügigkeit zu sehen, wenn Sie an ihren Wohnort gebunden sind, z. B. nicht in den Urlaub fahren können oder an ihrem Urlaubsort keine Leistung erhalten.

Unseres Erachtens wäre die Aufnahme einer Regelung über einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege an einem vorübergehenden Aufenthaltsort, wie etwa einem Urlaubsort, notwendig.

Diese Wertung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund des Art. 11 GG. Die Verfassungsnorm hat zwar hohe Hürden, was die Intensität des Eingriffs anbelangt, um überhaupt zur Anwendung zu kommen. Doch sind eine Vielzahl von Fällen gegeben, in der die Schwelle des zu rechtfertigenden mittelbaren Eingriffs überschritten sein dürfte. Hier kann nur die Aufnahme eines Anspruchs auf häusliche Pflege im Falle der vorübergehenden (z. B. urlaubsbedingten) Abwesenheit vom eigenen Haushalt das Überschreiten der Grenze der Verfassungswidrigkeit verhindern. Liegt ein Eingriff in Art. 11 Abs. 1 GG vor, wäre dieser in jedem Fall nicht gerechtfertigt, da das SGB V gegen das Zitiergebot des Art. 19 Abs. 1 Satz 2 verstoßen würde.

5.4.1.13 Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)

Zu I.1 (Nr. 2 neu)

Anspruch auf häusliche Krankenpflege soll zukünftig nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses auch an sonstigen geeigneten Orten bestehen, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.

Durch den eingefügten Halbsatz *„an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“* wird der gesetzliche Anspruch, der keine Vorgabe hinsichtlich der Häufigkeit des Aufenthalts an dem *„sonstigen geeigneten Ort“* macht, eingeschränkt, ohne dass ein sachlicher Grund hierfür erkennbar wäre. Es ist durchaus denkbar,

dass auch während einmaliger, nicht regelmäßig wiederkehrender Ereignisse außerhalb des Haushaltes vom Versicherten behandlungspflegerische Maßnahmen in Anspruch genommen werden müssen. Dazu gehören Urlaubsreisen (so das Bayerische LSG, Urteil vom 27.11.2003 zum Az.: L 4 KR 88/01), Besuche, Geschäftsreisen u.s.w. Ebenso eingeschränkt wird der gesetzliche Anspruch durch die Halbsätze "an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann" und "für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung)." Beides kann durch den verordnenden Arzt nicht beurteilt werden und würde zu Leistungseinschränkungen führen.

Der G-BA ist durch den Gesetzgeber nach § 37 Abs. 6 SGB V aufgefordert festzulegen, an welchen Orten die Leistungen nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V erbracht werden. Es ist erfreulich, dass der G-BA über die im Gesetzestext genannten Orte hinaus auch die Arbeitsstätten aufführt. Beschäftigungsstätten im Bereich der Behindertenhilfe und Ausbildungsstätten wie z.B. Universitäten sollten nach unserer Auffassung ebenfalls ausdrücklich genannt werden.

Änderungsvorschläge:

Nummer 2 wird wie folgt gefasst: *"Der Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege an geeigneten Orten. Geeignet sind Orte, an denen sich der Versicherte aufhält und an denen die Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthalts notwendig sind. Geeignete Orte sind insbesondere der Haushalt des Versicherten, seine Familie, Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Arbeits- und Beschäftigungsstätten, Ausbildungsstätten sowie Orte, die im Rahmen von Besuchen, von Urlaubs- oder Geschäftsreisen aufgesucht werden, dazu gehören insbesondere auch Hotels".*

Zu I.4 (Nr. 6 Abs. 1 neu)

Die neu gefasste Nr. 6 Abs. 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen kein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe. In dieser Aufzählung werden Behinderteneinrichtungen neben Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aufgeführt.

Menschen mit Behinderungen, die auf der Grundlage des SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, haben kontinuierlich oder zeitweilig Bedarf an bestimmten Leistungen der Behandlungspflege. Es gibt länder- und einrichtungsspezifische Vergütungsvereinbarungen zwischen den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe, nach denen ein nicht näher definierter Umfang behandlungspflegerischer Leistungen zum Leistungsspektrum der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gehört.

Für Menschen mit Behinderungen, die allein ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, besteht schon längst und uneingeschränkt ein individueller Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn die entsprechenden Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege vorliegen. In solchen Fällen kann der Anspruch selbstverständlich Maßnahmen der Grundpflege, der Behandlungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung umfassen.

Die vorgenommene Erweiterung der Verordnungsfähigkeit von häuslicher Krankenpflege kann also nur bedeuten, dass diese grundsätzlich auch in stationären Wohnformen verordnet werden kann. Die Gleichsetzung von Behinderteneinrichtungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen ist deshalb aus sachlichen Gründen zurückzuweisen. Aus formalen Gründen ist der unbestimmte Begriff der Behinderteneinrichtung ungeeignet, weil er als untauglicher Ober-

begriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten usw. umfassen könnte, die z. T. explizit vom Wortlaut des § 37 SGB V erfasst werden.

Änderungsvorschlag:

Der Begriff der "*Behinderteneinrichtung*" ist aus dieser Aufzählung ersatzlos zu streichen.

Zu I.4 (Nr. 6 Abs. 2 neu)

Die Einführung der unbestimmten Rechtsbegriffe "*Intensität und Häufigkeit*" verhilft nicht zu einer Klarheit was unter "*besonders hohem Pflegebedarf*" zu verstehen ist.

Die Formulierung in § 37 Abs. 1 und 2 SGB V bleibt unverständlicherweise hinter der Rechtsprechung zurück, die den Anspruch auf Behandlungspflege in Werkstätten für behinderte Menschen ohne Einschränkung hinsichtlich des Umfangs des Pflegebedarfs bejaht (so beispielhaft das Urteil des LSG Bayern vom 28.10.04, Az.: L 4 KR 15/04). Die Entscheidungen verschaffen dem grundgesetzlich verbürgten Gleichheitsgrundsatz Geltung. Auch der Gesetzgeber stützt die Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der Begründung des GKV-WSG ausdrücklich auf diesen Grundsatz. Die Formulierung im Gesetz greift insoweit zu kurz. Bei Behandlungspflegeleistungen in der Schule oder in betreuten Wohnformen gibt es die Einschränkung des "*besonders hohen Pflegebedarfs*" ohne sachlichen Grund nicht. Vor diesem Hintergrund ist § 37 Abs. 1 und 2 SGB V verfassungskonform auszulegen. Die Richtlinie sollte deshalb wie folgt formulieren:

Änderungsvorschlag:

"Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn *der Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen es mit sich bringt, dass es nicht ausreicht, die Leistungen zuhause zu erbringen, sondern die medizinische Notwendigkeit besteht, die behandlungspflegerischen Leistungen in der Werkstatt für behinderte Menschen zu erbringen*, damit Krankenhausbehandlung vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstattverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen."

Zu I.4 (Nr. 6 Abs. 3 neu)

Die Definition des "besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege bei Versicherten in Pflegeheimen" wird zu restriktiv und einschränkend vorgenommen. Dies ist zum einen in dem Erfordernis, dass die behandlungspflegerischen Maßnahmen "*unvorhersehbar*" erfolgen müssen und zum anderen, dass die Unvorhersehbarkeit sich auf den "*Tag und die Nacht*" beziehen muss begründet. Diese restriktive Auslegung entspricht unserer Auffassung nach nicht der Intention des Gesetzgebers, da auch Versicherte, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und einen vorhersehbar hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (z.B. aufgrund von besonderen Schutzmaßnahmen bei der Behandlungspflege bei MRSA, HIV, bei besonders aufwendiger Wundversorgung, im fortgeschrittenen Stadium von Krankheiten bei MS oder HIV), einen Anspruch auf diese Leistungen haben müssen. Wir schlagen deshalb vor, den besonders hohen Versorgungsbedarf wie folgt zu definieren.

Änderungsvorschläge:

"Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB

V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag *oder* in der Nacht erfolgen müssen *oder*
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist *oder*
- *die Behandlungspflege einen Zeitumfang von mindestens 2 Stunden täglich durch eine Pflegefachkraft umfasst.*"

Zu I.8 (Nr. 10 neu)

Bei der Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wurde das *"medizinische Pflegebad"* (so das BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 3 zum Pflegebad an Stelle eines normalen Bades und anschließende Hautbehandlung bei einem Neurodermitis-Patienten) vergessen. Beim An- sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens wurde der Zusatz *"bzw. vor dem Aufstehen"* nicht aufgeführt.

Änderungsvorschläge:

Die Leistung *"medizinisches Pflegebad"* soll in die Liste der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen aufgenommen werden. Die zuletzt aufgelistete krankheitsspezifische Pflegemaßnahme sollte um den Zusatz *"bzw. vor dem Aufstehen"* ergänzt werden.

Zu I.9 (Nr. 11 neu)

Unserer Auffassung nach sollte eine Verordnung durch Krankenhausärzte jedenfalls bis zu 3 *Werktagen* oder besser einer Kalenderwoche möglich sein. Die vorgesehenen 3 *Tage* sind zu kurz, um den nahtlosen Übergang von stationärer zu ambulanter Krankenbehandlung zu sichern – und damit die Versorgungslücken zu verhindern und die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, vor allem bei Krankenhausentlassungen am Freitag oder vor mehreren Feiertagen.

Die Verordnungsdauer für die Krankenhausärzte ist erheblich beschränkt. Deshalb ist unserer Auffassung nach davon auszugehen, dass der Gesetzgeber solche kurzfristigen Verordnungen bei der Formulierung des § 61 Satz 3 nicht vor Augen hatte. Dies ist in den Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien klarzustellen.

Änderungsvorschläge:

1. Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für *1 Kalenderwoche*, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
2. Nach Absatz 1 ist folgende Formulierung anzufügen: *"Bei diesen Verordnungen handelt es sich nicht um Verordnungen im Sinne des § 61 Satz 3 SGB V."*

Zu I.11 (Nr. 31 neu)

Der Gemeinsame Bundesausschuss schlägt vor, die Richtlinie wie folgt zu verändern: *"Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren."*

Diese Verfahrensregelung wird nicht befürwortet. Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung ist, die Überleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Krankenpflege leichter und unbürokratischer zu ermöglichen und damit die Kosten für den stationären Aufenthalt zu reduzieren.

Durch das vom G-BA vorgesehene Verfahren wird diese Entbürokratisierungsmaßnahme des Gesetzgebers konterkariert. Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Versicherten oder Pflegediensten sind vorprogrammiert. Beide haben keinen Einfluss auf die Kommunikation zwischen Krankenhaus- und Hausarzt. Sie müssen die Gewissheit haben, dass eine vom Krankenhausarzt für drei Tage ausgestellte Verordnung immer genehmigungsfähig ist, unabhängig davon, ob der Krankenhausarzt den Versuch unternommen hat, den zuständigen Hausarzt zu informieren.

Des Weiteren stellen sich verschiedene Fragen: Wie soll der Nachweis erbracht werden bzw. wer soll den Nachweis erbringen, dass der Hausarzt nicht erreichbar war? Wie oft muss der Versuch wiederholt werden? Nicht jeder Versicherte hat einen Hausarzt. Wie ist in solchen Fällen zu verfahren?

Es sollte außerdem vermieden werden, den Krankenhausarzt mit zusätzlichen bürokratischen Verfahren zeitlich zu belasten und damit weitere Kosten zu produzieren.

Änderungsvorschlag:

Die Sätze 2 und 3 (*"Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren."*) sind ersatzlos zu streichen.

2. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Diakonische Werk der EKD vertritt die Ansicht, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Richtlinien in vielen Bereichen eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten verhindert. So wird die Verordnung verschiedener Leistungen an eine nicht sachgemäße Indikationsstellung geknüpft (z.B. Blutdruckkontrollen, Blutzuckerkontrolle, Dekubitusbehandlung). Des Weiteren sind zur Versorgung erforderliche Leistungen nicht im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen aufgenommen (z.B. s. c. Infusionen, i.v. Infusionen einschließlich Medikamentengabe, Tag- und/ oder Nachtwache, Wickel, Umschläge, Kataplasmen, stützende und stabilisierende Verbände wie der Gilchrist Verband). Darüber hinaus sind Änderungen in der Anlage in Nummer 31 vorzunehmen. Da aus medizinischen Gründen beim Ulcus Cruris ein Kompressionsverband bzw. ein Kompressionsstrumpf in der Regel nicht ohne Wundverband angelegt werden kann, sollte der Satz: "Der Verbandwechsel eines Ulcus Cruris ist daneben nicht verordnungsfähig" aus Nummer 31 der Richtlinien nach § 92 SGB V gestrichen werden. Des Weiteren wird unserer Auffassung nach das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege den Erfordernissen der ambulanten Intensivpflege und den Spezialpflegediensten wie z.B. zum Wundmanagement nicht gerecht.

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

kenpflege ausgestattet werden.

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

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

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

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

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

5.4.1.14 Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)

Zu den sonstigen geeigneten Orten

Der neu eingefügte Satz 2 enthält über die Formulierung „regelmäßig wiederkehrend“ eine Einschränkung die so auch vom Gesetzgeber offensichtlich nicht gewollt ist. Während Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen explizit in Gesetz genannt sind und somit in der beispielhaften Aufzählung nicht noch einmal genannt werden müssen, kann unserer Auffassung nach die weitere Regelung die Begrifflichkeit „sonstiger geeigneter Ort“ in der Richtlinie nur sehr abstrakt definiert werden.

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 21.11.2002 (B 3 KR 13/02 R) entschieden, dass der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nicht dadurch ausgeschlossen ist, dass die Leis-

tung außerhalb der Wohnung des Versicherten erbracht werden muss.

Der Wortlaut der hier maßgeblichen Vorschrift rechtfertigte nach Ansicht der Richter keine Begrenzung des Begriffes Haushalt in nennenswertem Umfang. Die erweiternde Auslegung des § 37 SGB V ist nach seinem Wortlaut nicht nur möglich, sondern nach Sinn und Zweck der Bestimmung sowie nach dem Gebot "versichertenfreundlicher" Auslegung, wie es aus § 2 Abs 2 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) zu entnehmen ist, auch geboten. Nach dieser Vorschrift sind die in den §§ 3 ff SGB I aufgeführten sozialen Rechte, zu denen auch die notwendige Krankenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört (§ 4 Abs 2 Satz 1 SGB I), bei der Auslegung des SGB und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weit gehend verwirklicht werden (Effektuiierungsgrundsatz).

Dem Gesetzgeber ging es bei der Umschreibung des Aufenthaltsortes des Versicherten im Rahmen der Behandlungspflege vor allem um die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationären Bereich.

Des Weiteren fehlt in der oben dargestellten Formulierung des Richtlinie Textes die Kurzzeitpflege. Diese hatte der Gesetzgeber in der Begründung des GKV-WSG mit Blick auf die Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus ohne Einstufung in die Pflegeversicherung bewusst als Beispiel einer möglichen Versorgungsform in diesem Zusammenhang genannt und somit auch gewollt.

Wir schlagen deshalb folgende Formulierung vor:

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherten regelmäßig wiederkehrend oder vorübergehend aufhält und an denen (...)

(...)wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz zwei können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sowie zugelassene Einrichtungen der Kurzzeitpflege sein.“

Mit dieser Formulierung wird verhindert, dass in der Genehmigungspraxis der Begriff der „sonstigen geeigneten Orte“ nicht durch das zwingende Erfordernis der „regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalte“ zu sehr eingeschränkt wird. Die Kurzzeitpflege findet entsprechend der ihr vom Gesetzgeber eingeräumten Priorität Berücksichtigung.

Aus unserer Sicht wird dann im Folgenden durch die neugefasste Nummer 6 der Richtlinie die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationären Bereich ausreichend sichergestellt.

Zu den Krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen

Die Zuordnung der Aufzählung der einzelnen Leistungen zu den Verrichtungen halten wir für sachgerecht.

Zu der Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Krankenhausarzt

An dieser Stelle geht dem VDAB die Regelung nicht weit genug. Wie in der Begründung zum GKV-WSG unschwer zu erkennen ist, war dem Gesetzgeber neben der Optimierung des Übergangs der Patienten von einer Versorgungsform (Krankenhaus) in die nächste (Pflegedienst) vor allem auch die Entbürokratisierung und hier insbesondere die Reduzierung des Verwaltungsaufwandes für die an der Versorgung betei-

ligten Pflegedienste bei der Beschaffung einer Verordnung für die Patienten in der konkreten Situation sehr wichtig. Dieses Motiv hat der Gesetzgeber unmissverständlich in die Begründung hinein geschrieben.

Darüber hinaus ist die angestrebte Formulierung nicht kompatibel mit der Nummer 9 der Richtlinie, nach welcher der Hausarzt sich entweder persönlich vom Gesundheitszustand des Patienten überzeugen, oder dieser ihm aus der laufenden Behandlung bekannt sein muss.

Letztendlich wäre auch eine Mitgabe von Arzneimitteln durch das Krankenhaus nicht möglich, da diese unmittelbar an die Verordnung des Krankenhausarztes geknüpft ist.

Aus diesem Grunde schlagen wir folgende Formulierung vor:

Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann er für längstens drei Tage die Verordnung für die notwendige häusliche Krankenpflege ausstellen. Hierüber informiert der Krankenhausarzt den behandelnden Hausarzt unverzüglich.

Es bleibt abzuwarten, ob die hier in der Vergangenheit entstandenen Schwierigkeiten bei der Einholung einer notwendigen Verordnung und die damit in der Regel von dem zugelassenen ambulanten Pflegedienst vor Ort getragenen Risiken bei der Bewilligung von Leistungen beseitigt werden.

5.4.1.15 Bundesärztekammer

Die vorgelegten Änderungen sind Folge des GKV-WSG, wonach Versicherte neben der ärztlichen Behandlung nicht nur wie bisher in ihrem Haushalt und ihrer Familie eine häusliche Krankenpflege beanspruchen können, sondern dies auch an „sonst einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V) möglich sein soll. Außerdem wurde mit § 37 Abs 2 Satz 1 SGB V klargestellt, dass bezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen vom Anspruch umfasst sind, in denen dieser Hilfebedarf bereits nach §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist. Mit § 37 Abs 6 SGB V wird der G-BA beauftragt, festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden. Zudem hat er das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu bestimmen. Nach § 92 Abs 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V sind schließlich die Voraussetzungen zu bestimmen, unter denen häusliche Krankenpflege auch durch den Krankenhausarzt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt verordnet werden kann. Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf sollen diese Vorgaben umgesetzt werden.

Die Bundesärztekammer nimmt zum wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehenen Änderungen zugunsten erweiterter Möglichkeiten der Leistungserbringung im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Im Einzelnen ist auf folgende Punkte hinzuweisen:

Zu Ziffer I.1 (Einfügen von Satz 2 neu in Abschnitt I Nr. 2):

Die Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffes wird begrüßt. Der Begriff der betreuten Wohnform" erfordert wegen seiner Unbestimmtheit allerdings eine nähere Präzisierung.

Zu Ziffer I.4 (neuer Abschnitt I Nr. 6, vormals Nr. 5):

Die Verordnungsfähigkeit von Behandlungspflege auch für Versicherte in Pflegeheimen ist grundsätzlich zu begrüßen, es sollte jedoch noch festgelegt werden, ob diese durch externe Dienstleister oder durch das Heim selbst erbracht werden kann.

Die Eingrenzung auf „unvorhersehbare“ behandlungspflegerischer Maßnahmen (letzter Satz, 1. Spiegelpunkt) sollte wegen ihrer Unbestimmtheit entfallen, alternativ könnte das Gemeinte durch eine beispielhafte Aufzählung ergänzt werden.

Zu Ziffer I.10 in Verbindung mit I.11 (Anfügen von neuem Satz 2 in Nr. 11 (neu) und neue Nr.. 31):

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bzw.. Information des Hausarztes über die bevorstehende Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus (damit die häusliche Krankenpflege durch den Hausarzt verordnet werden kann) halten wir zugunsten einer kontinuierlichen Versorgung sowie wegen der Präzisierung für sinnvoll.

5.4.1.16 Bundespsychotherapeutenkammer

Mit der vorliegenden Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien durch den G-BA soll es gemäß der Vorgaben des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ermöglicht werden, dass Versicherte nicht mehr nur wie bisher in ihrem Haushalt und in ihrer Familie häusliche Krankenpflege beanspruchen können, sondern auch an sonstigen geeigneten Orten.

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt den Vorschlag des G-BA, da er in Zukunft eine psychiatrische ambulante Krankenpflege zu Lasten der GKV auch außerhalb des Haushalts oder der Familie ermöglicht. Die besondere Lebenssituation psychisch kranker Menschen, die nicht in einem eigenen Haushalt oder der Familie leben, findet damit Berücksichtigung.

Die vorliegende Änderung konkretisiert, an welchen Orten außerhalb des Haushalts und der Familie häusliche Krankenpflege erbracht werden kann, nämlich in Werkstätten für behinderte Menschen und Pflegeheimen. Die BPtK schlägt vor, dass die häusliche Krankenpflege darüber hinaus auch in Wohnstätten für behinderte Menschen erbracht werden kann.

Zudem wird im Richtlinienentwurf des G-BA näher bestimmt, wann in Pflegeeinrichtungen und Werkstätten für behinderte Menschen von einem besonders hohen Pflegebedarf, der die Verordnung häuslicher Krankenpflege rechtfertigt, ausgegangen werden kann. Viele Bewohner von Pflegeeinrichtungen benötigen qualifizierte psychiatrische Krankenpflege, die in ihrer Intensität über den üblichen Pflegebedarf hinausgeht. Da der Verlauf psychischer Erkrankungen in der Regel schwer vorhersehbar ist, sollte auf die Formulierung der Unvorhersehbarkeit als Bedingung für die Verordnung verzichtet werden.

Detaillierte Änderungsvorschläge und deren Begründung werden in den folgenden Abschnitten ausführlich dargestellt.

I. Änderungsvorschläge

Vorschlag zur Änderung von Nummer 6, Absatz 2

Zur Konkretisierung, an welchen Orten außerhalb des Haushaltes und der Familie in Zukunft häusliche Krankenpflege verordnet werden kann, schlägt die BPtK folgende Änderung vor:

Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für (seelisch) behinderte Menschen und Wohnstätten für (seelisch) behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann.

Begründung

Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die infolge ihrer Erkrankung nicht mehr in ihrem persönlichen Umfeld oder einer ambulant betreuten Wohnform leben können, gibt es stationäre Wohnformen, in denen mehrere psychisch erkrankte Menschen zusammenleben. Laut eines Berichts der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesbehörden zur Psychiatrie in Deutschland (2007) gibt es in Deutschland (Stand: 2005) 5.397 Plätze für Menschen mit seelischer Behinderung in vollstationären Einrichtungen. Dabei zeigt sich in den letzten Jahren eine deutliche Entwicklung: weg von großen Heimen hin zu kleineren, überschaubaren Wohneinheiten. Diese Entwicklung ermöglicht psychisch kranken Menschen eine weitgehend „normale“ Wohn- und Lebenswelt. Außer in Werkstätten für (seelisch) behinderte Menschen können auch in Wohnstätten für (seelisch) behinderte Menschen Bedarfskonstellationen entstehen, die durch die behandlungspflegerischen Möglichkeiten in dieser Wohnform nicht zu decken sind. Um auch in diesen Fällen den Umzug aus der gewohnten Umgebung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim vermeiden zu können, ist es notwendig, die geplante Regelung um diesen Bereich zu erweitern. Damit wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass möglichst selbstbestimmte Wohnformen, in denen die fachliche Betreuung im gewohnten sozialen Umfeld stattfindet, Vorrang haben.

Vorschlag zur Änderung von Nummer 6, Absatz 3

Zur Begründung, in welchen Fällen die Verordnung häuslicher Krankenpflege auch in Pflegeheimen möglich sein soll, schlägt die BPtK folgende Änderung vor:

Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist insbesondere der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft für die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen erforderlich ist (z. B. Bedienung eines Beatmungsgerätes) oder wenn pflegefachlich besondere Kenntnisse erforderlich sind.

weil

- ~~behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder~~
- ~~die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.~~

Begründung

Laut einer vom BMG in Auftrag gegebenen Expertise (Hirsch und Kastner, 2004) leidet mit 65 Prozent weit über die Hälfte der Bewohner in Altenheimen an einer psychischen Erkrankung. Im Diagnosespektrum finden sich dabei 69 Prozent organische Störungen (v. a. demenzielle Syndrome), 14 Prozent affektive Störungen, 11 Prozent

schizophrene Störungen, 3 Prozent Suchterkrankungen, 0,6 Prozent Intelligenzminde-
rungen und 3 Prozent fallen in die Kategorie „sonstige“ Störungen. Hieraus kann auf
einen erhöhten Bedarf psychiatrischer Krankenpflegemaßnahmen in Pflegeeinrichtun-
gen geschlossen werden. Insbesondere 10 bis 20 Prozent der demenzkranken Heim-
bewohner (d. h. bis zu 50.000 Menschen) zeigen so schwere Verhaltensstörungen,
dass „normale“ Pflegebereiche mit ihrer Versorgung überfordert sind und häufig auf
eine Verlegung in ein Psychiatrisches Krankenhaus „zur Einstellung“ gedrängt wird.
Damit Patienten in Pflegeeinrichtungen auch in diesen Fällen in ihrer gewohnten Um-
gebung bleiben und eine Überweisung in ein Krankenhaus vermieden werden kann,
ist die Ausweitung der Verordnungsmöglichkeit ambulanter psychiatrischer Kranken-
pflege auf Pflegeeinrichtungen erforderlich.

Verhaltensauffälligkeiten von schwer demenzkranken Menschen, wie starke Unruhe,
verbale oder tätliche Aggressivität, anhaltendes Schreien oder Fortlaufenden mit
Selbst- und Fremdgefährdung, erfordern intensive und häufige Pflegemaßnahmen,
die die normalen Pflegekapazitäten in Heimen übersteigen können. Das Auftreten
dieser Verhaltensauffälligkeiten ist i. d. R. nicht vorhersehbar. Insbesondere (suizidale)
Krisen, wie sie auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen vorkommen, tre-
ten plötzlich und unvorhersehbar auf. Im Richtlinienentwurf des G-BA wird als An-
spruchsvoraussetzung formuliert, dass die behandlungspflegerische Maßnahme in
ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müs-
se. Da dies insbesondere bei schwer demenzkranken Patienten i. d. R. der Fall sein
wird, gibt es aus Sicht der BPTK keine sachliche Begründung dafür, dass dieser Sach-
verhalt als spezifische Anspruchsvoraussetzung für die Verordnung in die Richtlinie
eingefügt wird.

Abschließend weist die BPTK darauf hin, dass Fachkräfte mit (geronto-)psychiatrischer
Ausbildung in Pflegeheimen unterrepräsentiert sind. Der großen Anzahl von psy-
chisch erkrankten Bewohnern steht nur eine geringe Anzahl an geschultem Personal
gegenüber (Hirsch und Kastner, 2004). Zudem werden psychische Erkrankungen in
Alten- und Pflegeheimen oft nicht erkannt und bleiben demzufolge unbehandelt. Hier-
aus resultiert eine eklatante Unterversorgung psychisch kranker Menschen in Alten-
heimen und Pflegeeinrichtungen. Die geplante Änderung der Richtlinie kann ein erster
Schritt zur Implementierung (geronto-)psychiatrischer Pflege- und Versorgungskon-
zepte in Altenheimen sein.

II. Literatur

Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Psychiatrie in
Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Hrsg.: Gesundheitsministerkon-
ferenz der Länder, 2007.

Hirsch R. D., Kastner U. Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise –
Erschienen in der Reihe „Forum“, Bd. 38, Hrsg.: Kuratorium Deutsche Altershilfe,
2004.

5.4.2 Stellungnahmen von nicht stellungnahmeberechtigten Organisa- tionen

5.4.2.1 Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)

Mit in Kraft treten des GKV-WSG am 01.04.2007 wurde dem Gemeinsamen Bundes-
ausschuss in § 37 Absatz 6 SGB V der Auftrag übergeben, in Richtlinien nach § 92

festzulegen,

- an welchen Orten,
- in welchen Fällen

die Leistungen der Behandlungspflege auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Darüber hinaus sollte Näheres über

- Art und
- Inhalt

der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (vkP) bestimmt werden.

Damit diesen Parametern der gesetzlichen Vorgabe entsprochen werden kann, darf die zu erlassende Richtlinie nicht zu konkret sein, um über die Vorgabe „Näheres“ nicht zu viel zu definieren und nicht zu allgemein sein, damit die Verhandlungspartner, Leistungserbringer und Kostenträger eine Verhandlungsgrundlage mit wesentlichen Eckpunkten haben. Nachfolgendes Bedingungsgefüge versucht dem gerecht zu werden

Sachverhalt:

I.4 Die neue Nummer 6 wird wie folgt gefasst

„Für die Zeit des voll- oder teilstationären Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z.B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behindertenheimen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Die ist auch der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar erbracht werden müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag mit Bedingungsgefüge zur Bestimmung von „hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ :

I.4 Die neue Nummer 6 wird wie folgt gefasst

„Für die Zeit des voll- oder teilstationären Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege

durch die Einrichtungen besteht (z.B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behindertenheimen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen (= Ort) verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen (= Ort) zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf (= Art) an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Die ist auch der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer examinieren dreijährigen Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit geplant und unvorhersehbar erbracht werden müssen oder (Absatz = Inhalt)
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Die Durchführung der Behandlungspflege bei hohem Pflegebedarf dient der Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung. Die Behandlungspflege findet Anwendung bei Patienten mit vorliegender ärztlicher Verordnung (= Fälle). Die Leistungen der ärztlichen Verordnung sind inhaltlich definiert durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ (= vkP).

Kommentar

Die nachfolgend erläuterten Sachverhalte sind im Text mit Unterstreichung gekennzeichnet.

- Die eindeutige Angabe einer examinieren dreijährigen Pflegefachkraft als Grundlage der Leistungserbringung, macht deutlich, dass nur diese Qualifikation ausreichend ist, um ärztliche Anordnungen sach- und fachgerecht auszuführen und besondere pflegerische Situationen aufgrund ihrer Kompetenz einzuschätzen und richtig zu handeln.
- Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt geplant und unvorhersehbar gleichermaßen vor.
 1. Beispiel: Der Bewohner mit hohem Querschnitt wird aufgrund seines fehlenden Hustenreizes mindestens 3x täglich abgesaugt, um Pneumonien, Inkrustationen und ggf. Erstickung zu vermeiden. Diese med. Behandlungspflege ist verordnet und planbar. Zur Durchführung bedarf es einer examinieren Pflegefachkraft. Darüber hinaus können zusätzliche Absaugungen nach dem Drehen und Lagern des Patienten je nach Sekretanhäufung notwendig werden. Diese Leistungen sind unvorhersehbar und müssen von der Pflegefachkraft eingeschätzt werden. Aufwand, Leistung und Erfordernis sind bei beiden Situationen identisch.
 2. Beispiel: Ein unter paranoider Schizophrenie leidender Bewohner erhält regelmäßig verordnete Medikamente, deren Gabe somit planbar ist. Darüber hinaus kommt es immer wieder zu unvorhersehbaren Exazerbationen des Krankheitsbildes (aggressives Verhalten, Fremd- und Eigengefährdung, Suizidalität). Diese

schwankenden und nicht planbaren Situationen erfordern eine ständige spezielle Krankenbeobachtung, damit der Einsatz von Bedarfsmedikamenten und weiteren intensiven Maßnahmen zur Krisenbewältigung (Psychiatrische Krankenpflege) gezielt zum Einsatz kommt. Dieser wiederkehrend erforderliche Einsatz ist somit nicht planbar.

- Ist der Einsatz eines Beatmungsgerätes bei einem Bewohner erforderlich bedeutet dies, dass in jedem Fall ständig durch die Pflegefachkraft sowohl in der Entscheidung für den Einsatz des Gerätes beim Bewohner als auch in der Gewährleistung der Einsatzfähigkeit des Beatmungsapparates vorgehalten werden müssen. So können bei einem intermittierend beatmeten Bewohner neben den verordneten Zeitintervallen zusätzlich atemunterstützende Maßnahmen bspw. nach körperlichen Belastungssituationen notwendig sein.
- Durch die vorliegende ärztliche Verordnung wird der Kreis der zu definierenden Fälle eindeutig festgelegt. Damit besteht eine klare Abgrenzung zu anderen pflegerischen Leistungen.
- Die Leistungen der ärztlichen Verordnung sind inhaltlich definiert durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Mit diesem Katalog besteht bereits eine klar definierte Aufstellung verordnungsfähiger behandlungspflegerischer Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung nach § 37 Abs. 2 SGB V. nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der zuletzt geänderten Fassung vom 19.12. 2006.

5.4.2.2 Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.

Unser Spitzenverband, das Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland ist in das Stellungnahmeverfahren vor der Entscheidung zur Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien einbezogen worden. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., als Fachverband im Diakonischen Werk, ist an der Meinungsbildung innerhalb des Spitzenverbandes beteiligt. Wir geben Ihnen unsere eigene Einschätzung direkt zur Kenntnis. Der Spitzenverband, der über unsere Stellungnahme informiert ist, wird eine eigene Stellungnahme abgeben.

Wir beziehen uns bei unserer Stellungnahme auf den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer Entscheidung zur Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien vom 18. Oktober 2007.

Unserer Stellungnahme schicken wir folgende Erläuterung voraus:

Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen oder durch Dienste der Eingliederungshilfe (Behindertenhilfe) auf der Grundlage des SGB XII Maßnahmen zur Förderung ihrer sozialen Teilhabe erhalten, sind bis auf wenige Ausnahmen Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sie in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen beschäftigt oder als Familienmitglieder mitversichert sind.

Menschen mit Behinderungen, die auf der Grundlage des SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, können kontinuierlich oder zeitweilig Bedarf an bestimmten Leistungen der Behandlungspflege aufweisen.

In Abhängigkeit von länderspezifischen und einrichtungsspezifischen Vergütungsvereinbarungen zwischen den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe gehört ein in der Regel nicht näher definierter Umfang behandlungspflegerischer Leistungen zum Leistungsspektrum der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe.

Gleichwohl kann der zu einem bestimmten Zeitpunkt auftretende *behandlungspflegerische Bedarf* einer Klientin/eines Klienten in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe in Qualität oder Quantität derart beschaffen sein, dass er die Möglichkeiten der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe überschreitet. Dies gilt insbesondere für kleinere Wohneinrichtungen, die in normale Wohngebiete integriert und räumlich getrennt von größeren Einrichtungen betrieben werden. Dazu ist darauf hinzuweisen, dass dem Ziel der Förderung der sozialen Teilhabe dient. An dieser Zielsetzung orientieren sich die quantitative und qualitative Personalausstattung und die sächliche Ausstattung der Einrichtungen und Dienste.

Die Erbringung von Behandlungspflege für *jedweden* pflegerischen Bedarf ist nicht Aufgabe einer Eingliederungshilfeeinrichtung. Weder bei der individuellen Hilfebedarfsermittlung noch bei der der Leistungsvergütung zugrunde liegenden Kalkulation der Vergütung ist in der Regel behandlungspflegerischer Bedarf erfasst.

Es können im Einzelfall nach Qualität und Quantität pflegerischer Bedarf entstehen, der durch eine Einrichtung der stationären Eingliederungshilfe nicht gedeckt werden kann und demzufolge – wenn keine Alternative ambulanter Leistungserbringung zur steht -beispielsweise einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen.

In Fällen *stationärer Eingliederungshilfe* besteht kein Zweifel, dass die hauswirtschaftliche Versorgung und die Grundpflege zum unstreitigen Leistungsumfang der Einrichtung der Eingliederungshilfe gehören. Auch Maßnahmen der Behandlungspflege sind bis zu einem bestimmten Umfang Leistungen der Einrichtung. Dabei hat aber die Behandlungspflege in Qualität und Quantität durch die Einrichtungen - siehe Punkt 1 - ihre Grenzen in der Ausstattung der Einrichtung.

Es war eindeutiger Wille des Gesetzgebers, durch die geänderten Vorschriften des GKV-WSG, in größeren Umfang als bisher Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen und durch Dienste der Eingliederungshilfe betreut werden, zu erschließen. Wenn der Gesetzgeber keine Leistungserweiterung beabsichtigt hätte, wäre die Neufassung des § 37 SGB V schlicht überflüssig gewesen.

Für Menschen mit Behinderungen, die allein ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, besteht schon längst und uneingeschränkt ein individueller Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn die entsprechenden Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege vorliegen. In solchen Fällen kann der Anspruch selbstverständlich Maßnahmen der Grundpflege, der Behandlungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung umfassen.

Die vorgenommenen Erweiterung der Verordnungsfähigkeit von häuslicher Krankenpflege kann also nur bedeuten, dass diese grundsätzlich auch in stationären Wohnformen verordnet werden kann.

Unsere Stellungnahme zum Entwurf der geänderten Richtlinien lautet wie folgt:

1. Die neu gefasste Nr. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen kein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe. In dieser Aufzählung werden **Behinderteneinrichtungen** neben Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aufgeführt.

Unter Bezug auf die vorstehende Erläuterung ist diese Gleichsetzung von Behinderteneinrichtungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen aus *sachlichen Gründen* zurückzuweisen.

Aus formalen Gründen ist der unbestimmte Begriff der Behinderteneinrichtung entschieden zurückzuweisen, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Ein-

richtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten usw. umfassen konnte, die z. T. explizit vom Wortlaut des 37 SGB verfasst werden.

Aus *rechtlichen Gründen* ist der Bezug in Richtlinien auf Leistungen aus anderen Büchern des Sozialgesetzbuches (hier SGB IX, SGB XI, SGB XII) als dem des SGB V als unzulässig zurückzuweisen.

Schlussfolgerung: Der Begriff der Behinderteneinrichtung ist aus dieser Aufzählung ersatzlos zu streichen.

2. Mit der Neuformulierung der Bestimmungen zum §37 Absatz 1, Satz 1 SGB V, insbesondere mit den Ergänzungen „ihrer Familie“ und „geeigneten Orte“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1), ging es dem Gesetzgeber eindeutig um eine Relativierung und Öffnung des bisher eng gefassten Haushaltsbegriffes. Darauf weist auch die Gesetzesbegründung hin.

Zu den „geeigneten Orten“ gehören auch betreute Wohnformen. Der Begriff der „betreuten Wohnformen“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB 5) ist nicht definiert. Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff der „betreuten“ Wohnform bundesweit keinesfalls einheitlich verwendet wird. Er kann sich in Bezug auf die Behindertenhilfe auf alle Formen der Eingliederungshilfe beziehen, von der Betreuung im klassischen Wohnheim über die dezentrale Wohngruppen bis hin zur Betreuung von Klienten, die ausschließlich ambulante Eingliederungshilfe erhalten. Keinesfalls kann dieser Begriff dazu verwendet werden, Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfeleistungen in allen stationären Wohnformen von vornherein auszuschließen.

3. Unter Bezug auf die Feststellung, dass der Begriff „betreute Wohnformen“ nicht auf bestimmte Formen der Eingliederungshilfe begrenzt ist, fordern wir, dass für Menschen, die in stationären Wohnrichtungen der Eingliederungshilfe betreut werden, gleichfalls Leistungen der häuslichen Krankenpflege erschlossen werden können, wenn der Bedarf daran besteht und – im Sinne der negativen Anspruchsvoraussetzungen des § 37 SGB V – keine Person in dieser Einrichtung in der Lage ist, diese Leistung zu erbringen. In der Regel handelt es sich um bestimmte Leistungen der Behandlungspflege *zusätzlich* zu dem von der Einrichtung zu leistenden *Anteil an Behandlungspflege*. Die Entscheidung, wann und in welchem Umfang solche Leistungen verordnet werden müssen, obliegt wie im klassischen Privathaushalten dem verordnenden Arzt.

Auch in Privathaushalten muss der Arzt prüfen, welcher Bedarf vorliegt und ob der Bedarf nicht durch eine Person im Haushalt abgedeckt werden kann. Nur bei Vorliegen der negativen Anspruchsvoraussetzung besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu Lasten der Krankenkasse. Dieser Logik folgen wir bei unserer Forderung, dass auch Versicherte, die in Wohnstätten der Behindertenhilfe leben, Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege der häuslichen Krankenpflege haben müssen.

Wir sind also der Auffassung, dass der jetzt vorliegende Entwurf des G-BA zu Änderung der Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege die Vorgaben des GKV-WSG nicht angemessen umsetzt. Deshalb bitten wir Sie dringend, unsere Stellungnahme in Ihre Entscheidungsbildung einzubeziehen.

5.4.2.3 Bundesvereinigung Lebenshilfe

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe vertritt als Selbsthilfe- und Angehörigenverband die Interessen von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Diese leben in sehr unterschiedlichen Wohnformen. Häufig erfüllen diese Wohnformen bisher nicht die Anforderungen einer eigenen Häuslichkeit nach § 37 SGB V, stellen allerdings in jedem Fall das „Zuhause“ der Menschen mit einer geistigen Behinderung dar.

Neben ambulant betreuten Wohnformen, für die die Häuslichkeit auch nach altem Recht unproblematisch ist, sind Wohnheime der Lebenshilfe in der Regel kleine Einheiten mit 6-24 Plätzen in normaler Wohnumgebung, in denen die Mitarbeiter pädagogisch qualifiziert sind. Dies steht im Gegensatz zu anderen Wohnformen für betagte oder an Alzheimer erkrankte Menschen, oder auch Komplexeinrichtungen, in denen Mitarbeiter mit einer pflegerischen oder medizinischen Ausbildung zumindest in Teilen beschäftigt sind.

Daher war die Forderung der Lebenshilfe, den § 37 SGB V so zu ändern, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in einer bisher nicht im Rahmen der Häuslichkeit nach § 37 SGB V anerkannten Einrichtung wohnen, nicht länger unangemessen benachteiligt werden. In Verbindungen mit der Einführung der DRG's erhält dies eine besondere Bedeutung, da hiermit eine Reduktion der Krankenhausverweildauer einhergeht, die – häufig vorübergehend - einen erhöhten Pflegebedarf nach einer Krankenhausentlassung zur Folge hat.

U. E. ist der Gesetzgeber diesen Vorschlägen in weitem Umfang gefolgt. Da bezogen hierauf die Vorgaben des GKV-WSG in den geänderten Häusliche Krankenpflege-Richtlinien teilweise nur unzureichend umgesetzt sind, sehen wir uns zu der folgenden Stellungnahme veranlasst:

In den von der Bundesregierung am 4. Juli 2006 veröffentlichten „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ heißt es unter der Ziff. 9 (Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege): „Der Haushaltsbegriff zur Gewährung häuslicher Krankenpflege muss so verändert werden, dass diese auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen (**z. B. Einrichtungen der Lebenshilfe**) und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann.

„Einrichtungen der Lebenshilfe“ sind folglich von der Bundesregierung als Beispiel für die Notwendigkeit einer Änderung des § 37 SGB V ausdrücklich benannt worden.

§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat seit dem 1. April 2007 folgenden Wortlaut: „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen ... häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte“.

Nach dem Entwurf der Neufassung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien vom 18.10.2007 (Neue Nr. 6) kann für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht (z.B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder **Behinderteneinrichtungen**), häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Diesem Entwurfstext können wir in Bezug auf die beispielhafte Benennung von „Behinderteneinrichtungen“ nicht zustimmen. Der unbestimmte Oberbegriff der Behinderteneinrichtung kann seinem Wortlaut nach jede teil- oder vollstationäre Einrichtung umfassen, in der eine Betreuung, Begleitung und Förderung behinderter Menschen geleistet wird. „Behinderteneinrichtungen“ sind folglich auch (Sonder-) Kindergärten, Kindertagesstätten, (Sonder-) Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen.

Diese Orte sind jedoch in § 37 Abs. 1 SGB V als „geeignete Orte“ für die Erbringung häuslicher Krankenpflege ausdrücklich genannt.

Richtlinien können eine gesetzliche Vorschrift konkretisieren. Richtlinien dürfen jedoch nicht den Wortlaut des Gesetzes einschränken oder den Sinn und Zweck der Vorschrift verändern. **Daher ist der Begriff der Behinderteneinrichtung an dieser Stelle zu streichen.**

In Bezug auf die Wohnstätten und Wohnheime der Lebenshilfe ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V für diejenigen Fälle begründet wurde, in denen Versicherte in betreuten Wohnformen leben. Der Begriff „betreute Wohnformen“ ist gesetzlich nicht definiert. Unter „betreute Wohnformen“ werden sehr unterschiedliche Formen betreuter Wohnmöglichkeiten für alte, behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen verstanden.

Das von dem Begriff „betreute Wohnformen“ auch Wohnstätten der Lebenshilfe erfasst sein sollen, ergibt sich aus einem Schreiben der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an den Bundesvorsitzenden der Bundesvereinigung Lebenshilfe nach dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG: Frau Schmidt teilt mit, dass die häusliche Krankenpflege künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werde. Dieser neuen Regelung lägen nicht zuletzt die von der Lebenshilfe vorgetragenen Sachverhalte zugrunde. **Die Änderungen sollen Einrichtungen der Lebenshilfe in den Anwendungsbereich der Vorschrift des § 37 SGB V einbeziehen.**

Ergänzend ist aus unserer Sicht darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber mit der Änderung des Gesetzestextes (Einbeziehung der betreuten Wohnformen) nicht ausschließlich sog. ambulante Wohnformen gemeint haben kann. Beim sog. ambulant betreuten Wohnen lebt ein behinderter und/oder pflegebedürftiger Mensch allein oder mit anderen in einer eigenen Wohnung und erhält ergänzende Betreuungsleistungen z.B. in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII. Für diese Personengruppe bestand bereits nach § 37 SGB V alter Fassung ein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist jedoch mit der Änderung des Gesetzestextes eine Erweiterung der Anspruchsberechtigten intendiert.

5.4.2.4 Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e. V.

Über den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem unser Bundesfachverband der Behindertenhilfe als Mitgliedsorganisation angehört, erhielten wir Kenntnis von dem Textentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien und möchten Ihnen zur geplanten Neufassung der Nummer I 6 der Richtlinien gerne unsere Auffassung mitteilen.

Nach der Neufassung kann häusliche Krankenpflege für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen *nach den gesetzlichen Bestimmungen* Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen) nicht verordnet werden.

Diesem Regelungsentwurf können wir in Bezug auf die beispielhafte Aufführung von *Behinderteneinrichtungen* nicht zustimmen.

Denn der unbestimmte Oberbegriff der *Behinderteneinrichtungen* könnte dem Wortlaut nach jede Einrichtung umfassen, in der die Betreuung und Begleitung behinderter Menschen in einem teil- oder vollstationären Kontext geleistet wird, also auch heilpädagogische Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen. Diese sind in § 37 SGB V aber als geeignete Orte für die Erbringung häuslicher Krankenpflege ausdrücklich eigenständig genannt. Sollten mit dem Begriff *Behinderteneinrichtungen* stationäre Einrichtungen gemeint sein, in denen u. a. die Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung steht (71 Abs. 4 SGB XI), ist darauf hinzuweisen, dass mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 01.04.2007 ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in diesen Einrichtungen für diejenigen Fälle begründet wurde, in denen Menschen mit Behinderungen *in betreuten Wohnformen* leben. Dieser Anspruch könnte sodann in den Krankenpflege-Richtlinien nicht wieder ausgeschlossen werden.

Da überdies die mit dem auf die *gesetzlichen Bestimmungen* in Nummer I 6 des Entwurfs der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien angelegte Bezugnahme auf das Leistungsrecht *anderer* Sozialgesetzbücher als des SGB V – z. B. auf Leistungen der Behandlungspflege als Pflegeleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß den §§ 53, 55 SGB XII, 43 a, 13 Abs. 3 S. 3 2. Hs., 43 Abs. 2 SGB XI – in den auf der Grundlage der §§ 37 Abs. 6, 92 SGB V erlassenen Häusliche Krankenpflege-Richtlinien aus rechtssystematischen Gründen nicht in Betracht kommt, muss der Begriff *Behinderteneinrichtungen* nach unserer Auffassung aus der Nummer I 6 des Entwurfs der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gestrichen werden.

Dass die Erweiterung des Anwendungsbereichs der Krankenpflege in § 37 SGB V nur auf stationäre Wohnformen zielen kann, ergibt sich bereits daraus, dass Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen oder der familiären Wohnung aufsuchende Eingliederungshilfe erhalten. (sog. *ambulant betreute Wohnform*) bereits vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen konnten.

Die Gesetzesänderung war notwendig geworden, nachdem das Bundessozialgericht (Urteil vom 01.09.2005, B 3 KR 19/04 R) dem Lebenszusammenhang einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe die Eigenschaft des *eigenen Haushaltes* des Versicherten grundsätzlich abgesprochen und demzufolge dem Bewohner bzw. dem Träger der Sozialhilfe die Pflicht zur Kostentragung für die häusliche Krankenpflege auferlegt hatte. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sollte der mit Perspektiven-

wechsel in der Behindertenhilfe einhergehenden Entwicklung, dass die Lebensformen unter dem Dach einer stationären Einrichtung sich zunehmend in Richtung familienähnlichen oder gemeinschaftlichen und in gemeindliche Zusammenhänge integrierten Wohnens differenzieren, durch eine Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit in § 37 SGB V Rechnung tragen.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss fällt nun die schwierige Aufgabe zu, den unbestimmten Rechtsbegriff der *betreuten Wohnform* in Anbetracht der sich wandelnden Angebotslandschaft in der Behindertenhilfe sachgerecht auszufüllen. Der in der Neufassung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gewählte Ansatz, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Behinderteneinrichtungen aus dem Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, geht aus den genannten Gründen fehl: die Gesetzesänderung liefe faktisch ins Leere.

Es wird eine Auslegung der neuen Begrifflichkeiten gefunden werden müssen, die sich in geltendes Leistungsrecht bedarfsgerecht einfügt und an den tatsächlichen Lebensverhältnissen der Menschen mit Behinderungen ausrichtet. Im Zuge zunehmender Differenzierung von Lebens- und Wohnformen erscheint der vom Bundessozialgericht aaO. beschrittene Weg, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege davon abhängig zu machen, ob der Versicherte einen Mietvertrag besitzt oder der Sozialhilfeträger die Kosten für stationäre Betreuung und Versorgung übernommen hat, nicht mehr angemessen. Die Auslegung der neuen Begrifflichkeit wird sicherstellen müssen, dass Menschen mit Behinderungen, die in der Regel Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung sind, weder Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung vorenthalten noch Doppelleistungen zuteil werden.

Hier bedarf es der sorgfältigen Abgrenzung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege in der Form der Behandlungspflege zu den im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von den Trägern der Sozialhilfe – ggf. unter Beteiligung der Pflegekassen – gewährten Pflegeleistungen. Dabei ist allerdings der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) zu beachten, demzufolge der Träger der Sozialhilfe sich in dem Umfang aus seiner Leistungsverpflichtung zurückziehen kann, in dem die Gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Leistungsausweitung des § 37 SGB V vorrangig zur Leistung verpflichtet ist.

In Anlehnung an die Vorgaben bei häuslicher Krankenpflege in Haushalt oder in der Familie des Versicherten muss ferner die konkrete Möglichkeit der Einrichtung der Behindertenhilfe zur Erbringung von Leistungen der Behandlungspflege Berücksichtigung finden. Dabei ist auch zu beachten, dass eine Einrichtung, die im Schwerpunkt auf soziale Teilhabe ausgerichtet ist und in der keine medizinisch gebildeten Fachpflegekräfte beschäftigt werden müssen, nicht jedweden Bedarf an Behandlungspflege abdecken kann.

Möglicherweise bedarf die Erweiterung des Anwendungsbereichs der häuslichen Krankenpflege auf *betreute Wohnformen* weiterer politischer Diskussion und nachfolgender gesetzlicher Konkretisierung. Gerne werden wir vor dem Hintergrund unserer Erfahrung mit und Durchführung und Finanzierung von Behandlungspflege in den Lebensorten unseres Verbandes zu konstruktiven Lösungen beitragen.

5.4.2.5 Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.

Im Bundesverband für und Mehrfachbehinderte sind 240 regionale Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, in denen etwa 28.000 behinderte Menschen und Familien mit behinderten Kindern organisiert sind. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um Menschen mit Körperbehinderung, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Unterstützung, Betreuung und Zuwendung angewiesen sind. Der größte Teil von ihnen hat einen dauerhaften Pflegebedarf. Die unmittelbare Arbeit für und mit Menschen mit Behinderung und ihren Familien wird von den örtlichen Vereinen geleistet.

Mit der Neufassung des § 37 SGB V durch das GKV-WSG sollten Leistungen der häuslichen Krankenpflege in einem größeren Umfang als bisher für Menschen mit Behinderung in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe erschlossen werden. Durch den in Nummer 2 der Richtlinien eingefügten Satz wird der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch an sonstigen geeigneten Orten erschlossen, an denen sich der behinderte Mensch regelmäßig aufhält. Nr. 2 Satz 3 der geänderten Richtlinien stellt klar, welche Einrichtungen insbesondere als geeignete Orte anzusehen sind. Soweit die Einrichtungen von behinderten Menschen in Anspruch genommen werden, handelt es sich bei Werkstätten für behinderte Menschen, Förderschulen, Sonderkindergärten oder integrierten Tageseinrichtungen für Kinder um Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Mit der Nummer 6 der Richtlinien wird die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ausgeschlossen. Abgesehen davon, dass der Begriff weder politisch korrekt noch rechtlich eindeutig definiert ist, führt er auch zu unauflösbaren Widersprüchen zu den in Nummer 2 eingefügten Sätzen 2 und 3 der Richtlinien.

Wir schlagen vor, den Begriff „Behinderteneinrichtungen“ zu streichen.

Ziel der Änderung des § 37 Abs. 1 SGB V war es zu gewährleisten, dass niemand wegen eines auftretenden behandlungspflegerischen Bedarfs seinen gewohnten Lebensraum verlassen muss, wenn der Bedarf durch häusliche Krankenpflege gedeckt werden kann. Als Vertretung schwerst- und mehrfach behinderter Menschen und ihrer Familien begrüßen wir diese Zielsetzung ausdrücklich. Sie muss auch für die behinderten Menschen gelten, die in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe leben, und zwar unabhängig von der rechtlichen Ausgestaltung als ambulante oder stationäre Wohnform.

Insbesondere bei stadtteilintegrierten und gemeindenahen boten nähern sich ambulante und stationäre Wohneinrichtungen einander an. Bisweilen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften, stationäre stadtteilintegrierte Wohngruppen oder Außenwohngruppen zwar leistungsrechtlich, aber in ihrer Erscheinungsform kaum zu unterscheiden. Es ist der Wunsch der Verbände behinderter Menschen und der erklärte politische Wille der Bundesregierung, die Grenzen der Leistungsform von ambulant und stationär zu überwinden.

Formen gemeinsam ist, dass sie den Lebensmittelpunkt des behinderten Menschen darstellen, der auch zu erhalten ist, wenn ein behandlungspflegerischer Bedarf besteht, der durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege bedeckt werden kann.

In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe leisten Mitarbeiter/innen ebenso wie die Eltern behinderter Kinder in der häuslichen Umgebung bereits heute Behandlungspflege. Hinzutretender handlungspflegerischer Bedarf sollte, wenn er nicht

von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung gedeckt werden kann und daher die Aufgabe des Lebensmittelpunktes Wohneinrichtung zur Folge hätte, zu einem Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Leistungen und Leistungen der Grundpflege können gänzlich ausgeschlossen werden, da sie in allen Wohnformen der Behindertenhilfe vorgehalten werden.

Ebenso wie im Privathaushalt muss der behandelnde Arzt die Feststellung treffen, dass keine Person in der Lage ist, die behandlungspflegerische Leistung zu erbringen. Damit bleibt auch die geänderte Richtlinie in der Systematik der bisherigen Verordnungspraxis.

5.5 Auswertung der Stellungnahmen

5.5.1 zu I.1 des Beschlusses: Geeignete Orte

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>Satz 1 ändern: (...) sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält. <u>Bei unvorhersehbaren Situationen besteht dieser Anspruch im Einzelfall auch, wenn der Versicherte sich an diesem Ort nicht regelmäßig wiederkehrend aufhält.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und • für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung); <p>wenn die Leistung aus medi-</p>	<p>Zu Punkt I.1: Nach § 37 Abs. 6 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Den jetzt vom G-BA gemachten Versuch der Konkretisierung in Nummer 2 Satz 2 halten wir allerdings nur bedingt für gelungen. Wir können nachvollziehen, dass der Anspruch an einen regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalt des Versicherten an dem entsprechenden Ort geknüpft werden soll. Wir geben diesbezüglich allerdings zu bedenken, dass es im Einzelfall und nicht regelmäßig zu unvorhersehbaren Situationen kommen kann, in denen diese Voraussetzungen nicht zutreffen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir die folgende Veränderung vor.</p> <p>Überhaupt nicht nachvollziehbar sind für die AWO allerdings die weiteren, im Entwurf genannten Voraussetzungen. Nach unserer Auffassung kann es nicht sein, dass der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege - sofern nicht im eigenen Haushalt oder ihrer Familie - daran geknüpft wird, dass an anderen Orten die verordneten Leistungen zuverlässig und unter geeigneten räumlichen Bedingungen durchgeführt werden können. Wir halten es für unsachgemäß, dass bestimmte Orte zukünftig einer Überprüfung nach - noch nicht einmal näher differenzierten - Kriterien ausgesetzt werden. Damit wird es künftig dazu kommen, dass es zwei Klassen von Orten gibt. Zum einen den eigenen Haushalt des Versicherten bzw. der der Familie, bei denen keine Prüfung dahingehend erfolgt, ob diese geeignet sind und zum anderen alle weiteren Orte, bei denen die Geeignetheit geprüft wird. Vor</p>	<p>Zum regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalt (bei unvorhersehbaren Situationen): Der SN bezieht sich auf Einzelfälle; diese sind nicht Gegenstand der HKP, sondern Aufgabe u. a. von Notärzten. Im Allgemeinen bleibt der regelmäßig wiederkehrende Aufenthalt an einem Ort, Voraussetzung für die ordnungsgemäße Leistungserbringung.</p> <p>Zu den Anspruchsvoraussetzungen (Spiegelstriche):</p> <p>Verlässliche Voraussetzungen an den Orten zur Durchführung der HKP müssen vorliegen. Zuverlässige Leistungserbringung muss möglich sein.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.	<p>dem Hintergrund des enormen Aufwandes, der hierbei im Einzelfall betrieben werden muss, ist diese Regelung alles andere als ein Beitrag zur Entbürokratisierung. Darüber hinaus wird hier eine Einschränkung vorgenommen, die vom Gesetzgeber nicht gewollt wurde. Mit der gesetzlichen Ergänzung um "geeignete Orte" bezweckte der Gesetzgeber ganz eindeutig eine Relativierung und Öffnung des bisher eng gefassten Haushaltsbegriffes. Darauf weist auch die Gesetzesbegründung unzweifelhaft hin.</p> <p>Auch die in der Folge gemachte Einschränkung, nach der die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist, halten wir für unsachgemäß. Schon durch die Verordnung des behandelnden Arztes wird deutlich, dass es sich um eine medizinisch-pflegerisch notwendige Leistung handelt. Darüber hinaus sind i.d.R. alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch mit einer zeitlichen Orientierung hinterlegt. Genau das ist ja auch der Grund, weswegen der Begriff der Häuslichkeit um weitere Orte erweitert werden muss. Der geeignete Ort ist in jedem Fall der Ort, an dem sich der Versicherte zur Zeit der Leistungserbringung aufhält.</p>	<p>Medizinisch-pflegerische Gründe sind notwendige Voraussetzungen zur Verordnung von HKP.</p>
<p>(...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und • für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hin- 	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert als Voraussetzung für die Leistungserbringung häuslicher Krankenpflege an sonstigen geeigneten Orten, dass <i>die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann</i>.</p> <p>Diese Voraussetzung muss an dieser Stelle entfallen, da sie Anlass zu Missverständnissen und dementsprechend zu Leistungseingrenzungen bietet. Grundsätzlich ist jede verordnete Maßnahme zuverlässig durchzuführen. Der verordnende Arzt kann davon ausgehen, dass diese Voraussetzung dadurch erfüllt ist, dass die Leistungserbringung durch einen zugelassenen Pflegedienst erfolgt.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert - abweichend von den gesetzlichen</p>	<p>Spiegelstriche: s. o.</p> <p>Behinderteneinrichtungen: s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 6 (Kapitel 5.5.3)</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>blick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung),</p> <p>(...) können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten, <u>Behinderteneinrichtungen</u> sein.</p>	<p>Vorgaben - als zusätzliche Voraussetzung für die Leistungserbringung an sonstigen geeigneten Orten, dass <i>für die Erbringung der einzelnen Maßnahme geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z.B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung).</i></p> <p>Diese Voraussetzung muss entfallen, sie ist nicht sachgerecht. Der Anspruch des Versicherten auf häusliche Krankenpflege darf nicht aufgrund der von ihm nicht beeinflussbaren räumlichen Gegebenheiten z.B. in Schulen, Kindergärten, etc. eingeschränkt werden. Zudem hat der verordnende Arzt in der Regel keine Kenntnis über die Räumlichkeiten in Schulen, Kindergärten und an Arbeitsstätten.</p> <p>Als geeignete Orte sind neben Schulen, Kindergärten und betreuten Wohnformen, Arbeitsstätten auch Behinderteneinrichtungen zu nennen - vgl. hierzu die Ausführungen zu I.4.</p>	
<p><u>(...) aufhält und an denen, wenn</u></p> <p>- die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>- für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre</p>	<p>Allein die medizinische Notwendigkeit muss ausschlaggebend für die Gewährung der Leistung sein, nicht die räumlichen Gegebenheiten vor Ort, zumal der Versicherte keinen Einfluss auf die baulichen und räumlichen Verhältnisse z. B. von Schulen, Kindergärten, Werkstätten für Behinderte usw. nehmen kann. Zudem stellt der vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter beauftragte ambulante Pflegedienst die Leistungen der HKP sicher.</p>	<p>Spiegelstriche: s. o.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>re, Beleuchtung),</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Leistung <u>der häuslichen Krankenpflege</u> aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist <u>und</u> - sich der Versicherte (...). Orte und Einrichtungen im Sinne (...). 		
<p>„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen</p> <ul style="list-style-type: none"> - die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann, - für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, 	<p>Der ORG begrüßt die Klarstellung definierter geeigneter Orte zur Leistungserbringung. Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, eine Definition „geeigneter Orte“ zu entwickeln. Nach der Gesetzesbegründung soll durch diese Regelung insbesondere die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung geeigneter Erbringungsorte erreicht und der Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege von nicht pflegebedürftigen Patienten nach Krankenhausaufenthalt in Kurzzeitpflegeeinrichtungen geregelt werden. Der enge Begriff des Haushalts hatte in der Vergangenheit zu einer Vielzahl von gerichtlichen Auseinandersetzungen geführt, die im Ergebnis eine nicht zu rechtfertigende Benachteiligung anderer Erbringungsorte feststellte. Die nun durch den Gesetzgeber vorgenommene und vom Gemeinsamen Bundesausschuss auszufüllende Öffnung sollte nicht wieder durch erneute Einschränkungen zum Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung werden müssen. Vor diesem Hintergrund sind die restriktiven und einschränkenden Formulierungen, z. B. dass der Versicherte sich an dem Erbringungsort „regelmäßig wiederkehrend“ aufzuhalten hat, unangebracht. Diese Formulierung dürfte insbesondere die vom Gesetzgeber gewünschte Einbezie-</p>	<p>Regelmäßig wiederkehrender Aufenthalt: s. u., Vorschläge zu Urlaub, Kurzzeitpflege.</p> <p>Anspruchsvoraussetzungen (Spiegelstriche): s. o.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), - wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satzes 2 sind können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten, <u>insbesondere Werkstätten für Behinderte, und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sein. In Einrichtungen der Kurzzeitpflege besteht der Anspruch nur, sofern es sich nicht um pflegebedürftige Leistungsempfänger im Sinne des § 14 SGB XI handelt.</u></p>	<p>hung des Leistungsortes Kurzzeitpflege ausschließen. Derartige Formulierungen werden durch die breite Auslegungsfähigkeit dieses unbestimmten Rechtsbegriffs in der Genehmigungspraxis zu neuerlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern führen. Dieses gilt ebenso für die Textstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - „die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann“, - „geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen“ und - „an diesem Ort notwendig ist“. <p>Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege dürfen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind. Die zugelassenen Leistungserbringer sind für eine zuverlässige Leistungserbringung verantwortlich. Im Umkehrschluss wäre eine Maßnahme, von der nicht abschließend beurteilt werden kann, ob diese zuverlässig durchgeführt werden kann, nach dem vorliegenden Text, abzulehnen, obwohl diese medizinisch oder pflegerisch erforderlich wäre. Der bpa geht davon aus, dass diese einschränkenden Regelungen die Leistungsanspruchnahme deutlich erschweren werden und damit dem Willen des Gesetzgebers nur unzureichend Rechnung tragen.</p>	
<p>Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der</p>	<p>Unter I.1 wird in Nummer 2, Satz 2 beschrieben, dass der Ort zur Erbringung der Behandlungspflege ein Ort sein muss, „an dem sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“. Diese Definition behindert die Flexibilität bei der Leistungserbringung, die ein wichtiges Ziel dieser Gesetzesänderung war (vgl. Be-</p>	<p>Zum regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalt: Position PatV: u. U. werden be-</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und • für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), <p>wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, <u>Arbeitsstätten, neue Wohn- und Betreuungsformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie Betreu-</u></p>	<p>gründung zum GKV-WSG) und schränkt unseres Erachtens den gesetzlichen Leistungsanspruch ein. Häusliche Krankenpflege sollte an allen Orten möglich sein, an denen sich ein Versicherter aufhält und einen Bedarf an Behandlungspflege hat. Solche Fallkonstellationen wären die flexible Erbringung von Behandlungspflege auch in speziellen Räumlichkeiten und an Orten wie z.B. einer Wundsprechstunde der Sozialstation, bei einem Ausflug der Schule, einer Unternehmung einer Behindertenwerkstätte oder an dem Urlaubsort eines Pflegebedürftigen.</p> <p>Deshalb schlagen wir vor, den Halbsatz „an dem sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“ zu streichen.</p> <p>Für die weitere Definition des Ortes halten wir den folgenden ersten Spiegelstrich mit der Beschreibung, dass „die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann“ für ausreichend.</p> <p>Der Zweite Spiegelstrich („für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse ...“) sollte entfallen, da er im ersten Spiegelstrich bereits enthalten ist: der Begriff „zuverlässig“ enthält eine ausreichende bewertende Beschreibung für die Erbringung dieser Maßnahme. Im Übrigen sollte die konkrete Durchführung von Behandlungspflege der Fachlichkeit der durchführenden Pflegekräfte und dem Selbstbestimmungsrecht des Versicherten anheim gestellt sein. Außerdem beschreiben die genannten Beispiele Selbstverständlichkeiten, die nicht in einer Richtlinie beschrieben werden müssen (Hygiene, Licht und Wahrung der Intimsphäre).</p> <p>Um die Eindeutigkeit der Richtlinien für die Anwendung in der Praxis zu verbessern, sollte außerdem die Aufzählung der Orte, an denen nach Satz 2 die Erbringung von Behandlungspflege möglich sein soll, noch um neue Wohn- und Betreuungsformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie Betreuungsformen für ältere Menschen (z.B. nach dem PflEG oder der Betreuung in Gastfamili-</p>	<p>stimmte Teilhabeaspekte (s. Kommentar SN: Landschulheim etc.) ausgeschlossen, regelmäßig wiederkehrend erfasst dies nicht; amb. versorgende Kleintheime müssen erfasst sein. Formulierung streichen.</p> <p>Position Ärzte, Kassen: nur an regelmäßig wiederkehrenden Aufenthaltsorten ist adäquate HKP möglich – z. B. Urlaubsort, Landschulheim etc., nicht jedoch auf Wegstrecken zum Urlaubsort (in der Bahn etc.). Dies würde auch nicht der intendierten vorsichtigen Öffnung des Haushaltsbegriffs des Gesetzgebers entsprechen. Stetigkeit außerhalb des „normalen“ Haushalts muss gegeben sein, damit Verlässlichkeit der HKP-Erbringung gewährleistet ist. Ständigkeit ist nicht gemeint.</p> <p>Kurzzeitpflege und betreute Wohnformen: s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 6 (Kapitel 5.5.3)</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p><u>ungsformen für ältere Menschen (z. B. nach dem PfEG oder der Betreuung in Gastfamilien) sowie die Einrichtungen der Kurzzeitpflege</u> sein.</p>	<p>en) sowie auch um die Einrichtungen der Kurzzeitpflege ergänzt werden. Die Wohngemeinschaften sowie die Kurzeitpflegeeinrichtungen sind außerdem bereits in der Begründung zum GKV-WSG ausdrücklich aufgeführt.</p>	
<p>(...) sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und (...), wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen (...).</p>	<p>Der Richtlinienentwurf geht zu weit, soweit er vorsieht, dass geeignete Orte nur solche seien, an den sich Versicherte „regelmäßig wiederkehrend“ aufhalten. Gleiches gilt für das Erfordernis, die Notwendigkeit der Leistungserbringung an dem jeweiligen Ort müsse ihren Ursprung in „medizinisch-pflegerischen“ Gründen haben. Weder der Wortlaut des § 37 SGB V, noch der Sinn und Zweck der Norm geben Anlass zu einer entsprechenden Leistungseinschränkung.</p> <p>Die Rechtsprechung des BSG vom 21.11.2002 (Az.: B 3 KR 13/02 R) belegt, dass eine rechtmäßige Anwendung des § 37 SGB V nach dem Gebot "versichertenfreundlicher" Auslegung, wie es aus § 2 Absatz 2 SGB I zu entnehmen ist, erfordert, dass die sozialen Rechte der Versicherten möglichst weit gehend verwirklicht werden (Effektuierungsgrundsatz). Zwar bringe der unklare Gesetzeswortlaut den Willen des Gesetzgebers nur unzureichend zum Ausdruck, maßgeblich sei jedoch, dass es dem Gesetzgeber bei der Umschreibung des Aufenthaltsortes des Versicherten im Rahmen der Behandlungspflege vor allem um die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationären Bereich ging. Die Regelung gehe nach der Rechtsprechung des BSG davon aus, dass Behandlungspflege „dort zu erbringen ist, wo die Versorgung des Versicherten mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Hilfe, vergleichbar der Versorgung bei stationärer Behandlung im Krankenhaus, sicher gestellt ist.“</p>	<p>s. o.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	Dies kann unabhängig davon gegeben sein, ob der Ort der behandlungspflegerischen Versorgung „regelmäßig wiederholend“ oder nur einmalig aufgesucht wird. Auch können es nicht nur „medizinisch-pflegerische“ Gründe erforderlich machen, die Versorgung außerhalb des eigenen Haushalts stattfinden zu lassen, ohne dass dies die objektive Geeignetheit des Versorgungsortes mindert. Die Rechtsprechung hat dies bereits in der Vergangenheit u.a. in den Fällen bestätigt, in denen die Gründe der externen Versorgung im berechtigten Interesse der Versicherten an einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben lagen.	
um Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei Inanspruchnahme durch nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftige Menschen als sonstige geeignete Orte ergänzen	Ausweislich der Begründung zum GKV-WSG sollen auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei Inanspruchnahme durch nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftige Menschen als sonstige geeignete Orte anzusehen sein. Die Richtlinie sollte zur Klarstellung um diesen Spezialfall ergänzt werden.	s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 6 (Kapitel 5.5.3)
(…) Kindergärten, <u>stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Kurzzeitpflege</u> , betreute Wohnformen, (…)	Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, <u>stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Kurzzeitpflege</u> , betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.	s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 6 (Kapitel 5.5.3), auch zu Einrichtungen der Eingliederungshilfe
Einschränkung der Definition bzgl. der „sonstigen geeigneten Orte“ auf diejenigen Orte, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend	Der Formulierungsvorschlag in Nr. 2 als Satz 2 einzufügen „Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“ schränkt die Flexibilisierung unnötig ein. Während in früheren Jahren die Lebensqualität und die Möglichkeiten einer indivi-	s. o.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>aufhält, nicht zeitgemäß.</p> <p>Aufnahme einer Regelung über einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege an einem vorübergehenden Aufenthaltsort, wie etwa einem Urlaubsort, ist notwendig.</p>	<p>duellen Lebensführung von Behinderten und chronisch Kranken durch starre Versorgungsstrukturen reglementiert waren, leben wir nun in einer Zeit von flexiblen und integrierten Versorgungsstrukturen, die eine weit reichende Versorgungssicherheit auch für diejenigen Personen herstellen kann, die ihre Lebensgestaltung früher krankheits- und versorgungsbedingt mehr oder weniger stark einschränken mussten.</p> <p>Daher ist die Einschränkung der Definition bzgl. der „sonstigen geeigneten Orte“ auf diejenigen Orte, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält, nicht zeitgemäß.</p> <p>Für diejenigen Versicherten, die Häusliche Krankenpflege längerfristig als Behandlungspflegerische Sicherungspflege erhalten, ist es als eine empfindliche Einschränkung ihrer Lebensgestaltung und ihrer Freizügigkeit zu sehen, wenn Sie an ihren Wohnort gebunden sind, z. B. nicht in den Urlaub fahren können oder an ihrem Urlaubsort keine Leistung erhalten.</p> <p>Unseres Erachtens wäre die Aufnahme einer Regelung über einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege an einem vorübergehenden Aufenthaltsort, wie etwa einem Urlaubsort, notwendig.</p> <p>Diese Wertung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund des Art. 11 GG. Die Verfassungsnorm hat zwar hohe Hürden, was die Intensität des Eingriffs angeht, um überhaupt zur Anwendung zu kommen. Doch sind eine Vielzahl von Fällen gegeben, in der die Schwelle des zu rechtfertigenden mittelbaren Eingriffs überschritten sein dürfte. Hier kann nur die Aufnahme eines Anspruchs auf häusliche Pflege im Falle der vorübergehenden (z. B. urlaubsbedingten) Abwesenheit vom eigenen Haushalt das Überschreiten der Grenze der Verfassungswidrigkeit verhindern. Liegt ein Eingriff in Art. 11 Abs. 1 GG vor, wäre dieser in jedem Fall</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	nicht gerechtfertigt, da das SGB V gegen das Zitiergebot des Art. 19 Abs. 1 Satz 2 verstoßen würde.	
<p>Nummer 2 wird wie folgt gefasst:</p> <p><u>Der Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege an geeigneten Orten. Geeignet sind Orte, an denen sich der Versicherte aufhält und an denen die Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes notwendig sind. Geeignete Orte sind insbesondere der Haushalt des Versicherten, seine Familie, Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Arbeits- und Beschäftigungsstätten, Ausbildungsstätten sowie Orte, die im Rahmen von Besuchen, von Urlaubs- oder Geschäftsreisen aufgesucht werden, dazu gehören ins-</u></p>	<p>Anspruch auf häusliche Krankenpflege soll zukünftig nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses auch an sonstigen geeigneten Orten bestehen, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.</p> <p>Durch den eingefügten Halbsatz "<i>an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält</i>" wird der gesetzliche Anspruch, der keine Vorgabe hinsichtlich der Häufigkeit des Aufenthaltes an dem "<i>sonstigen geeigneten Ort</i>" macht, eingeschränkt, ohne dass ein sachlicher Grund hierfür erkennbar wäre. Es ist durchaus denkbar, dass auch während einmaliger, nicht regelmäßig wiederkehrender Ereignisse außerhalb des Haushaltes vom Versicherten behandlungspflegerische Maßnahmen in Anspruch genommen werden müssen. Dazu gehören Urlaubsreisen (so das Bayerische LSG, Urteil vom 27.11.2003 zum Az.: L 4 KR 88/01), Besuche, Geschäftsreisen u.s.w.</p> <p>Ebenso eingeschränkt wird der gesetzliche Anspruch durch die Halbsätze "<i>an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann</i>" und "<i>für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung).</i>" Beides kann durch den verordnenden Arzt nicht beurteilt werden und würde zu Leistungseinschränkungen führen.</p>	s. o.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p><u>besondere auch Hotels".</u></p>	<p>Der G-BA ist durch den Gesetzgeber nach § 37 Abs. 6 SGB V aufgefordert festzulegen, an welchen Orten die Leistungen nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V erbracht werden. Es ist erfreulich, dass der G-BA über die im Gesetzestext genannten Orte hinaus auch die Arbeitsstätten aufführt. Beschäftigungsstätten im Bereich der Behindertenhilfe und Ausbildungsstätten wie z.B. Universitäten sollten nach unserer Auffassung ebenfalls ausdrücklich genannt werden.</p>	
<p>ändern: (...) regelmäßig wiederkehrend <u>oder vorübergehend</u> aufhält und an denen (...), wenn die Leistung (...) <u>Arbeitsstätten sowie zugelassene Einrichtungen der Kurzzeitpflege sein.</u></p>	<p>Der neu eingefügte Satz 2 enthält über die Formulierung „regelmäßig wiederkehrend“ eine Einschränkung die so auch vom Gesetzgeber offensichtlich nicht gewollt ist. Während Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen explizit in Gesetz genannt sind und somit in der beispielhaften Aufzählung nicht noch einmal genannt werden müssen, kann unserer Auffassung nach die weitere Regelung die Begrifflichkeit „ sonstiger geeigneter Ort“ in der Richtlinie nur sehr abstrakt definiert werden.</p> <p>Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 21.11.2002 (B 3 KR 13/02 R) entschieden, dass der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nicht dadurch ausgeschlossen ist, dass die Leistung außerhalb der Wohnung des Versicherten erbracht werden muss.</p> <p>Der Wortlaut der hier maßgeblichen Vorschrift rechtfertigte nach Ansicht der Richter keine Begrenzung des Begriffes Haushalt in nennenswertem Umfang. Die erweiternde Auslegung des § 37 SGB V ist nach seinem Wortlaut nicht nur möglich, sondern nach Sinn und Zweck der Bestimmung sowie nach dem Gebot "versicherungsfreundlicher" Auslegung, wie es aus § 2 Abs 2 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) zu entnehmen ist, auch geboten. Nach dieser Vorschrift sind die in den §§ 3 ff SGB I aufgeführten sozialen Rechte, zu denen auch die notwen-</p>	<p>Interpretation von „vorübergehend“ unklar (Urlaub, Kurzzeitpflege?). Änderungsvorschlag daher nicht in RL aufnehmen.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>dige Krankenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört (§ 4 Abs 2 Satz 1 SGB I), bei der Auslegung des SGB und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weit gehend verwirklicht werden (Effektuerungsgrundsatz).</p> <p>Dem Gesetzgeber ging es bei der Umschreibung des Aufenthaltsortes des Versicherten im Rahmen der Behandlungspflege vor allem um die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationären Bereich.</p> <p>Des Weiteren fehlt in der oben dargestellten Formulierung des Richtlinie Textes die Kurzzeitpflege. Diese hatte der Gesetzgeber in der Begründung des GKV-WSG mit Blick auf die Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus ohne Einstufung in die Pflegeversicherung bewusst als Beispiel einer möglichen Versorgungsform in diesem Zusammenhang genannt und somit auch gewollt.</p> <p>Mit der nebenstehenden Formulierung wird verhindert, dass in der Genehmigungspraxis der Begriff der „sonstigen geeigneten Orte“ nicht durch das zwingende Erfordernis der „regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalte“ zu sehr eingeschränkt wird. Die Kurzzeitpflege findet entsprechend der ihr vom Gesetzgeber eingeräumten Priorität Berücksichtigung.</p> <p>Aus unserer Sicht wird dann im Folgenden durch die neugefasste Nummer 6 der Richtlinie die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationären Bereich ausreichend sichergestellt.</p>	
Begriff der betreuten Wohnform" näher präzisieren.	Die Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffes wird begrüßt. Der Begriff der betreuten Wohnform" erfordert wegen seiner Unbestimmtheit allerdings eine nähere Präzisierung.	s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 6 (Kapitel 5.5.3)
HKP soll auch in Wohnstätt-	Die vorliegende Änderung konkretisiert, an welchen Orten außerhalb des Haus-	s. Position des UA HKP zur neuen

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>ten für behinderte Menschen erbracht werden können.</p>	<p>halts und der Familie häusliche Krankenpflege erbracht werden kann, nämlich in Werkstätten für behinderte Menschen und Pflegeheimen. Die BpTK schlägt vor, dass die häusliche Krankenpflege darüber hinaus auch in erbracht werden kann.</p>	<p>Nr. 6 (Kapitel 5.5.3) HKP in Wohnstätten für behinderte Menschen ist gesetzlich bedingt nicht möglich.</p>
<p>Leistungen der häuslichen Krankenpflege müssen auch in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe möglich sein, wenn der Bedarf daran besteht und keine Person in dieser Einrichtung in der Lage ist, diese Leistung zu erbringen.</p>	<p>Mit der Neuformulierung der Bestimmungen zum §37 Absatz 1, Satz 1 SGB V, insbesondere mit den Ergänzungen „ihrer Familie“ und „geeigneten Orte“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1), ging es dem Gesetzgeber eindeutig um eine Relativierung und Öffnung des bisher eng gefassten Haushaltsbegriffes. Darauf weist auch die Gesetzesbegründung hin.</p> <p>Zu den „geeigneten Orten“ gehören auch betreute Wohnformen. Der Begriff der „betreuten Wohnformen“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB 5) ist nicht definiert. Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff der „betreuten“ Wohnform bundesweit keinesfalls einheitlich verwendet wird. Er kann sich in Bezug auf die Behindertenhilfe auf alle Formen der Eingliederungshilfe beziehen, von der Betreuung im klassischen Wohnheim über die dezentrale Wohngruppen bis hin zur Betreuung von Klienten, die ausschließlich ambulante Eingliederungshilfe erhalten. Keinesfalls kann dieser Begriff dazu verwendet werden, Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfeleistungen in allen stationären Wohnformen von vornherein auszuschließen.</p> <p>Unter Bezug auf die Feststellung, dass der Begriff „betreute Wohnformen“ nicht auf bestimmte Formen der Eingliederungshilfe begrenzt ist, fordern wir, dass für Menschen, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe betreut werden, gleichfalls Leistungen der häuslichen Krankenpflege erschlossen werden können, wenn der Bedarf daran besteht und – im Sinne der der negativen Anspruchsvoraussetzungen des § 37 SGB V – keine Person in dieser Einrichtung in</p>	<p>HKP ist nur für den ambulanten Versorgungsbereich erbringbar.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>der Lage ist, diese Leistung zu erbringen. In der Regel handelt es sich um bestimmte Leistungen der Behandlungspflege <i>zusätzlich</i> zu dem von der Einrichtung zu leistenden <i>Anteil an Behandlungspflege</i>. Die Entscheidung, wann und in welchem Umfang solche Leistungen verordnet werden müssen, obliegt wie im klassischen Privathaushalten dem verordnenden Arzt.</p> <p>Auch in Privathaushalten muss der Arzt prüfen, welcher Bedarf vorliegt und ob der Bedarf nicht durch eine Person im Haushalt abgedeckt werden kann. Nur bei Vorliegen der negativen Anspruchsvoraussetzung besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu Lasten der Krankenkasse. Dieser Logik folgen wir bei unserer Forderung, das auch Versicherte, die in Wohnstätten der Behindertenhilfe leben, Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege der häuslichen Krankenpflege haben müssen.</p>	
<p>Menschen mit Behinderungen in stationär betreuten Wohnformen müssen ebenfalls anspruchsberechtigt sein.</p>	<p>Dass die Erweiterung des Anwendungsbereichs der Krankenpflege in § 37 SGB V nur auf stationäre Wohnformen zielen kann, ergibt sich bereits daraus, dass Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen oder der familiären Wohnung aufsuchende Eingliederungshilfe erhalten (sog. <i>ambulant betreute Wohnform</i>) bereits vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen konnten.</p> <p>Die Gesetzesänderung war notwendig geworden, nachdem das Bundessozialgericht (Urteil vom 01.09.2005, B 3 KR 19/04 R) dem Lebenszusammenhang einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe die Eigenschaft des <i>eigenen Haushaltes</i> des Versicherten grundsätzlich abgesprochen und demzufolge dem Bewohner bzw. dem Träger der Sozialhilfe die Pflicht zur Kostentragung für die häusliche Krankenpflege auferlegt hatte. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz</p>	<p>s. o.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>sollte der mit Perspektivenwechsel in der Behindertenhilfe einhergehenden Entwicklung, dass die Lebensformen unter dem Dach einer stationären Einrichtung sich zunehmend in Richtung familienähnlichen oder gemeinschaftlichen und in gemeindliche Zusammenhänge integrierten Wohnens differenzieren, durch eine Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit in § 37 SGB V Rechnung tragen.</p> <p>Dem Gemeinsamen Bundesausschuss fällt nun die schwierige Aufgabe zu, den unbestimmten Rechtsbegriff der <i>betreuten Wohnform</i> in Anbetracht der sich wandelnden Angebotslandschaft in der Behindertenhilfe sachgerecht auszufüllen. Der in der Neufassung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gewählte Ansatz, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Behinderteneinrichtungen aus dem Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, geht aus den genannten Gründen fehl: die Gesetzesänderung liefe faktisch ins Leere.</p> <p>Es wird eine Auslegung der neuen Begrifflichkeiten gefunden werden müssen, die sich in geltendes Leistungsrecht bedarfsgerecht einfügt und an den tatsächlichen Lebensverhältnissen der Menschen mit Behinderungen ausrichtet. Im Zuge zunehmender Differenzierung von Lebens- und Wohnformen erscheint der vom Bundessozialgericht aaO. beschrittene Weg, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege davon abhängig zu machen, ob der Versicherte einen Mietvertrag besitzt oder der Sozialhilfeträger die Kosten für stationäre Betreuung und Versorgung übernommen hat, nicht mehr angemessen. Die Auslegung der neuen Begrifflichkeit wird sicherstellen müssen, dass Menschen mit Behinderungen, die in der Regel Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung sind, weder Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung vorenthalten noch Doppelleistungen zuteil werden.</p> <p>Hier bedarf es der sorgfältigen Abgrenzung der Leistungen der häuslichen Kran-</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>kenpflege in der Form der Behandlungspflege zu den im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von den Trägern der Sozialhilfe – ggf. unter Beteiligung der Pflegekassen -gewährten Pflegeleistungen. Dabei ist allerdings der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) zu beachten, demzufolge der Träger der Sozialhilfe sich in dem Umfang aus seiner Leistungsverpflichtung zurückziehen kann, in dem die Gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Leistungsausweitung des § 37 SGB V vorrangig zur Leistung verpflichtet ist.</p> <p>In Anlehnung an die Vorgaben bei häuslicher Krankenpflege in Haushalt oder in der Familie des Versicherten muss ferner die konkrete Möglichkeit der Einrichtung der Behindertenhilfe zur Erbringung von Leistungen der Behandlungspflege Berücksichtigung finden. Dabei ist auch zu beachten, dass eine Einrichtung, die im Schwerpunkt auf soziale Teilhabe ausgerichtet ist und in der keine medizinisch gebildeten Fachpflegekräfte beschäftigt werden müssen, nicht jedweden Bedarf an Behandlungspflege abdecken kann.</p> <p>Möglicherweise bedarf die Erweiterung des Anwendungsbereichs der häuslichen Krankenpflege auf <i>betreute Wohnformen</i> weiterer politischer Diskussion und nachfolgender gesetzlicher Konkretisierung. Gerne werden wir vor dem Hintergrund unserer Erfahrung mit und Durchführung und Finanzierung von Behandlungspflege in den Lebensorten unseres Verbandes zu konstruktiven Lösungen beitragen.</p>	
<p>Der Begriff „betreute Wohnformen“ muss auch Einrichtungen der Lebenshilfe umfassen.</p>	<p>In Bezug auf die Wohnstätten und Wohnheime der Lebenshilfe ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V für diejenigen Fälle begründet wurde, in denen Versicherte in betreuten Wohnformen leben. Der Begriff „betreute Wohnformen“ ist gesetzlich nicht definiert. Unter „be-</p>	<p>s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 6 (Kapitel 5.5.3) Einrichtungen der Lebenshilfe sind in der Regel Einrichtungen der Behindertenhilfe.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>betreute Wohnformen“ werden sehr unterschiedliche Formen betreuter Wohnmöglichkeiten für alte, behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen verstanden.</p> <p>Das von dem Begriff „betreute Wohnformen“ auch Wohnstätten der Lebenshilfe erfasst sein sollen, ergibt sich aus einem Schreiben der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an den Bundesvorsitzenden der Bundesvereinigung Lebenshilfe nach dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG: Frau Schmidt teilt mit, dass die häusliche Krankenpflege künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werde. Dieser neuen Regelung lägen nicht zuletzt die von der Lebenshilfe vorgetragene Sachverhalte zugrunde. Die Änderungen sollen Einrichtungen der Lebenshilfe in den Anwendungsbereich der Vorschrift des § 37 SGB V einbeziehen.</p> <p>Ergänzend ist aus unserer Sicht darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber mit der Änderung des Gesetzestextes (Einbeziehung der betreuten Wohnformen) nicht ausschließlich sog. ambulante Wohnformen gemeint haben kann. Beim sog. ambulant betreuten Wohnen lebt ein behinderter und/oder pflegebedürftiger Mensch allein oder mit anderen in einer eigenen Wohnung und erhält ergänzende Betreuungsleistungen z.B. in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII. Für diese Personengruppe bestand bereits nach § 37 SGB V alter Fassung ein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist jedoch mit der Änderung des Gesetzestextes eine Erweiterung der Anspruchsberechtigten intendiert.</p>	
<p>Orte in Satz 3 ergänzen: (...) Werkstätten für behind-</p>	<p>Mit der Neufassung des 37 SGB V durch das GKV-WSG sollten Leistungen der häuslichen Krankenpflege in einem größeren Umfang als bisher für Menschen mit</p>	<p>s. o.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<u>der</u> Menschen, <u>Förder-</u> <u>schulen, Sonderkindergärten</u> <u>oder integrierten Tagesein-</u> <u>richtungen für Kinder um</u> <u>Einrichtungen der Behinder-</u> <u>tenhilfe.</u>	Behinderung in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe erschlossen werden. Durch den in Nummer 2 der Richtlinien eingefügten Satz wird der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch an sonstigen geeigneten Orten erschlossen, an denen sich der behinderte Mensch regelmäßig aufhält. Nr. 2 Satz 3 der geänderten Richtlinien stellt klar, welche Einrichtungen insbesondere als geeignete Orte anzusehen sind. Soweit die Einrichtungen von behinderten Menschen in Anspruch genommen werden, handelt es sich bei Werkstätten für behinderte Menschen, Förderschulen, Sonderkindergärten oder integrierten Tageseinrichtungen für Kinder um Einrichtungen der Behindertenhilfe.	

Beratungsergebnis

(...) können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.“

5.5.2 zu I.2 des Beschlusses: Redaktionelle Anpassung

Der bisherige Satz 2 wird zur neuen Nummer 3;

das Wort „Sie“ wird durch die Worte „Die häusliche Krankenpflege“ ersetzt.

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
keine	keine	entfällt

Beratungsergebnis

Keine Änderung erforderlich.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.5.3 zu I.4 des Beschlusses: Neue Nr. 6 der HKP-Richtlinien (hoher Bedarf an Behandlungspflege)

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>Abs. 1 anpassen (ersatzweise Kurzzeitpflege in alte Nr. 7 einfügen)</p> <p>Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden (...), wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>sich ein nicht pflegebedürftiger Patient nach einem Krankenhausaufenthalt übergangsweise in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung begeben muss, weil eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit noch nicht ausreichend sichergestellt ist.</u> 	<p>Erforderlich ist für die Kurzzeitpflege eine Ergänzung von Nr. 7 „Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden ...“, wenn sich ein nicht pflegebedürftiger Patient nach einem Krankenhausaufenthalt übergangsweise in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung begeben muss, weil eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit noch nicht ausreichend sichergestellt ist.</p> <p>Diese Formulierung ist im Wortlaut der Begründung zu § 37 Abs. 1 SGB V im GKV-WSG entnommen, in der ausdrücklich festgestellt wird, dass auch dieser Fall von der Neuregelung erfasst sein soll.</p>	<p>Kurzzeitpflege: Nicht in die alte Nr. 7 der HKP-RL aufnehmen, sondern in der neuen Nr. 6, s. u.</p>
<p>Abs. 1 ändern: Für die Zeit des Aufenthalts</p>	<p>Die neu gefasste Nr. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen kein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht.</p>	<p>Die im zweiten Satz des SN eingefügte</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen <u>ein genereller Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht</u> (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. <u>Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen besondere Vereinbarungen zur Erbringung von Behandlungspflege bestehen</u> (z. B. Hospizen, Pflegeheime oder Behinderteneinrichtungen) <u>kann häusliche Krankenpflege ebenfalls nicht erbracht werden.</u></p>	<p>In dieser Aufzählung werden Behinderteneinrichtungen neben Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aufgeführt. Diese Gleichsetzung von Behinderteneinrichtungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aus sachlichen Gründen zurückzuweisen. Aus formalen Gründen ist der unbestimmte Begriff der Behinderteneinrichtung ungeeignet, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten usw. umfassen könnte, die z. T. explizit vom Wortlaut des § 37 SGB V erfasst werden. Deshalb ist der Begriff der Behinderteneinrichtung ist aus dieser Aufzählung in Klammern herauszunehmen, da dadurch der Eindruck erweckt wird, das in diesen Einrichtungen ein genereller Anspruch auf Behandlungspflege bereits besteht. Es gibt jedoch länder- und einrichtungsspezifische Vergütungsvereinbarungen zwischen den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe, nach denen ein nicht näher definierter Umfang behandlungspflegerischer Leistungen zum Leistungsspektrum der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gehört. In Pflegeheimen gibt es seit dem GKV-WSG (vgl. § 37 Abs. 1 Satz 3) ebenfalls einen Anspruch auf Behandlungspflege bei einem besonders hohen Bedarf.</p>	<p>Formulierung „besondere Vereinbarungen“ ist in RL-Entwurf umfassender erfasst. Dort erfolgt der Verweis auf die gesetzlichen Bestimmungen.</p>
<p>Abs. 1 ändern:</p>	<p>Nach der Begründung zur Änderung von § 37 Abs. 1 und 2 SGB V im GKV-WSG ist ein „ge-</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>Die Ausgrenzung von Behinderteneinrichtungen ist nicht sachgerecht.</p>	<p>eigneter Ort“ für die Leistung Häuslicher Krankenpflege durch die GKV dann nicht gegeben, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat.“</p> <p>Unter Bezugnahme auf diesen Aspekt grenzt der Gemeinsame Bundesausschuss <i>Behinderteneinrichtungen</i> aus der Leistungserbringung häuslicher Krankenpflege aus. Dies ist nicht sachgerecht. Für Menschen in Behinderteneinrichtungen ist anders als in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen gem. SGB XI kein gesetzlicher Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung definiert. Mit der in Behinderteneinrichtungen üblichen personellen Ausstattung ist zudem nicht sichergestellt, dass Pflegekräfte für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen zur Verfügung stehen.</p> <p>Der Begriff „Behinderteneinrichtungen“ im ersten Absatz der neuen Nummer 6 ist zu streichen, ansonsten würde aus der Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien eine Schlechterstellung von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Situation vor dem 01.04.2007 resultieren. Dies läuft der Zielsetzung des GKV-WSG zuwider.</p>	
<p>Abs. 1 ändern: Der Begriff der "Behinderteneinrichtung" ist aus dieser Aufzählung ersatzlos zu streichen.</p>	<p>Die neu gefasste Nr. 6 Abs. 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen kein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe. In dieser Aufzählung werden Behinderteneinrichtungen neben Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aufgeführt. Menschen mit Behinderungen, die auf der Grundlage des SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, haben kontinuierlich oder zeitweilig Bedarf an bestimmten Leistungen der Behandlungspflege. Es gibt länder- und einrichtungsspezifische Vergütungsvereinbarungen</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>zwischen den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe, nach denen ein nicht näher definierter Umfang behandlungspflegerischer Leistungen zum Leistungsspektrum der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gehört.</p> <p>Für Menschen mit Behinderungen, die allein ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, besteht schon längst und uneingeschränkt ein individueller Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn die entsprechenden Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege vorliegen. In solchen Fällen kann der Anspruch selbstverständlich Maßnahmen der Grundpflege, der Behandlungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung umfassen.</p> <p>Die vorgenommene Erweiterung der Verordnungsfähigkeit von häuslicher Krankenpflege kann also nur bedeuten, dass diese grundsätzlich auch in stationären Wohnformen verordnet werden kann. Die Gleichsetzung von Behinderteneinrichtungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen ist deshalb aus sachlichen Gründen zurückzuweisen. Aus formalen Gründen ist der unbestimmte Begriff der Behinderteneinrichtung ungeeignet, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten usw. umfassen könnte, die z. T. explizit vom Wortlaut des § 37 SGB V erfasst werden.</p>	
<p>Abs. 1 ändern: Der Begriff der Behinderten-einrichtung ist aus dieser Aufzählung ersatzlos zu streichen.</p>	<p>Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen oder durch Dienste der Eingliederungshilfe (Behindertenhilfe) auf der Grundlage des SGB XII Maßnahmen zur Förderung ihrer sozialen Teilhabe erhalten, sind bis auf wenige Ausnahmen Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sie in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen beschäftigt oder als Familienmitglieder mitversichert sind.</p> <p>Menschen mit Behinderungen, die auf der Grundlage des SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, sind bis auf wenige Ausnahmen Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen.</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>rungshilfe erhalten, können kontinuierlich oder zeitweilig Bedarf an bestimmten Leistungen der Behandlungspflege aufweisen.</p> <p>In Abhängigkeit von länderspezifischen und einrichtungsspezifischen Vergütungsvereinbarungen zwischen den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe gehört ein in der Regel nicht näher definierter Umfang pflegerischer Leistungen zum Leistungsspektrum der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe.</p> <p>Gleichwohl kann der zu einem bestimmten Zeitpunkt auftretende <i>behandlungspflegerische Bedarf</i> einer Klientin/eines Klienten in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe in Qualität oder Quantität derart beschaffen sein, dass er die Möglichkeiten der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe überschreitet. Dies gilt insbesondere für kleinere Wohneinrichtungen, die in normale Wohngebiete integriert und räumlich getrennt von größeren Einrichtungen betrieben werden. Dazu ist darauf hinzuweisen, dass dem Ziel der Förderung der sozialen Teilhabe dient. An dieser Zielsetzung orientieren sich die quantitative und qualitative Personalausstattung und die sächliche Ausstattung der Einrichtungen und Dienste.</p> <p>Die Erbringung von Behandlungspflege für <i>jedweden</i> pflegerischen Bedarf ist nicht Aufgabe einer Eingliederungshilfeeinrichtung. Weder bei der individuellen Hilfebedarfsermittlung noch bei der der Leistungsvergütung zugrunde liegenden Kalkulation der Vergütung ist in der Regel pflegerischer Bedarf erfasst.</p> <p>Es können im Einzelfall nach Qualität und Quantität pflegerischer Bedarf entstehen, der durch eine Einrichtung der stationären Eingliederungshilfe nicht gedeckt werden kann und demzufolge – wenn keine Alternative ambulanter Leistungserbringung zur steht -beispielsweise einen</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>Krankenhausaufenthalt notwendig machen.</p> <p>In Fällen <i>stationärer Eingliederungshilfe</i> besteht kein Zweifel, dass die hauswirtschaftliche Versorgung und die Grundpflege zum unstreitigen Leistungsumfang der Einrichtung der Eingliederungshilfe gehören. Auch Maßnahmen der Behandlungspflege sind bis zu einem bestimmten Umfang Leistungen der Einrichtung. Dabei hat aber die Behandlungspflege in Qualität und Quantität durch die Einrichtungen - siehe Punkt 1 - ihre Grenzen in der Ausstattung der Einrichtung.</p> <p>Es war eindeutiger Wille des Gesetzgebers, durch die geänderten Vorschriften des GKV-WSG, in größerem Umfang als bisher Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen und durch Dienste der Eingliederungshilfe betreut werden, zu erschließen. Wenn der Gesetzgeber keine Leistungserweiterung beabsichtigt hätte, wäre die Neufassung des 37 SGB V schlicht überflüssig gewesen.</p> <p>Für Menschen mit Behinderungen, die allein ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, besteht schon längst und uneingeschränkt ein individueller Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn die entsprechenden Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege vorliegen. In solchen Fällen kann der Anspruch selbstverständlich Maßnahmen der Grundpflege, der Behandlungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung umfassen.</p> <p>Die vorgenommene Erweiterung der Verordnungsfähigkeit von häuslicher Krankenpflege kann also nur bedeuten, dass diese grundsätzlich auch in stationären Wohnformen verordnet werden kann.</p> <p>Unsere Stellungnahme zum Entwurf der geänderten Richtlinien lautet wie folgt:</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>Die neu gefasste Nr. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in denen <u>kein</u> Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht. In dieser Aufzählung werden Behinderteneinrichtungen neben Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen aufgeführt.</p> <p>Unter Bezug auf die vorstehende Erläuterung ist diese Gleichsetzung von Behinderteneinrichtungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen aus <i>sachlichen Gründen</i> zurückzuweisen.</p> <p>Aus formalen Gründen ist der unbestimmte Begriff der Behinderteneinrichtung entschieden zurückzuweisen, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten usw. umfassen konnte, die z. T. explizit vom Wortlaut des 37 SGB verfasst werden.</p> <p>Aus <i>rechtlichen Gründen</i> ist der Bezug in Richtlinien auf Leistungen aus anderen Büchern des Sozialgesetzbuches (hier SGB IX, SGB XI, SGB XII) als dem des SGB V als unzulässig zurückzuweisen.</p>	
<p>Abs. 1 ändern: (...) Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen(...).</p>	<p>Diesem Regelungsentwurf können wir in Bezug auf die beispielhafte Aufführung von <i>Behinderteneinrichtungen</i> nicht zustimmen.</p> <p>Denn der unbestimmte Oberbegriff der <i>Behinderteneinrichtungen</i> könnte dem Wortlaut nach jede Einrichtung umfassen, in der die Betreuung und Begleitung behinderter Menschen in einem teil- oder vollstationären Kontext geleistet wird, also auch heilpädagogische Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen. Diese sind in § 37 SGB V aber als geeignete Orte für die Erbringung häuslicher Krankenpflege ausdrücklich eigenständig genannt. Sollten mit</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>dem Begriff <i>Behinderteneinrichtungen</i> stationäre Einrichtungen gemeint sein, in denen u. a. die Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung steht (§ 71 Abs. 4 SGB XI), ist darauf hinzuweisen, dass mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 01.04.2007 ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in diesen Einrichtungen für diejenigen Fälle begründet wurde, in denen Menschen mit Behinderungen <i>in betreuten Wohnformen</i> leben. Dieser Anspruch könnte sodann in den Krankenpflege-Richtlinien nicht wieder ausgeschlossen werden.</p> <p>Da überdies die mit dem auf die <i>gesetzlichen Bestimmungen</i> in Nummer I.6 des Entwurfs der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien angelegte Bezugnahme auf das Leistungsrecht <i>anderer</i> Sozialgesetzbücher als des SGB V – z. B. auf Leistungen der Behandlungspflege als Pflegeleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß den §§ 53, 55 SGB XII, 43 a, 13 Abs. 3 S. 3 2. Hs., 43 Abs. 2 SGB XI – in den auf der Grundlage der §§ 37 Abs. 6, 92 SGB V erlassenen Häusliche Krankenpflege-Richtlinien aus rechtssystematischen Gründen nicht in Betracht kommt, muss der Begriff Behinderteneinrichtungen nach unserer Auffassung aus der Nummer I.6 des Entwurfs der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gestrichen werden.</p>	
<p>Abs. 1 ändern: Den Begriff der Behinderteneinrichtung an dieser Stelle streichen.</p>	<p>Es war die Forderung der Lebenshilfe, den § 37 SGB V so zu ändern, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in einer bisher nicht im Rahmen der Häuslichkeit nach § 37 SGB V anerkannten Einrichtung wohnen, nicht länger unangemessen benachteiligt werden. In Verbindungen mit der Einführung der DRG's erhält dies eine besondere Bedeutung, da hiermit eine Reduktion der Krankenhausverweildauer einhergeht, die – häufig vorübergehend - einen erhöhten Pflegebedarf nach einer Krankenhausentlassung zur Folge hat.</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>U. E. ist der Gesetzgeber diesen Vorschlägen in weitem Umfang gefolgt. Da bezogen hierauf die Vorgaben des GKV-WSG in den geänderten Häusliche Krankenpflege-Richtlinien teilweise nur unzureichend umgesetzt sind, sehen wir uns zu der folgenden Stellungnahme veranlasst:</p> <p>In den von der Bundesregierung am 4. Juli 2006 veröffentlichten „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ heißt es unter der Ziff. 9 (Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege): „Der Haushaltsbegriff zur Gewährung häuslicher Krankenpflege muss so verändert werden, dass diese auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen (z. B. Einrichtungen der Lebenshilfe) und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann.</p> <p>„Einrichtungen der Lebenshilfe“ sind folglich von der Bundesregierung als Beispiel für die Notwendigkeit einer Änderung des § 37 SGB V ausdrücklich benannt worden.</p> <p>§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat seit dem 1. April 2007 folgenden Wortlaut: „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen ... häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte“.</p> <p>Nach dem Entwurf der Neufassung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien vom 18.10.2007 (Neue Nr. 6) kann für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht (z.B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>Diesem Entwurfstext können wir in Bezug auf die beispielhafte Benennung von „Behinderteneinrichtungen“ nicht zustimmen. Der unbestimmte Oberbegriff der Behinderteneinrichtung kann seinem Wortlaut nach jede teil- oder vollstationäre Einrichtung umfassen, in der eine Betreuung, Begleitung und Förderung behinderter Menschen geleistet wird. „Behinderteneinrichtungen“ sind folglich auch (Sonder-) Kindergärten, Kindertagesstätten, (Sonder-) Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen. Diese Orte sind jedoch in § 37 Abs. 1 SGB V als „geeignete Orte“ für die Erbringung häuslicher Krankenpflege ausdrücklich genannt.</p> <p>Richtlinien können eine gesetzliche Vorschrift konkretisieren. Richtlinien dürfen jedoch nicht den Wortlaut des Gesetzes einschränken oder den Sinn und Zweck der Vorschrift verändern.</p>	
<p>Abs. 1 ändern: Den Begriff „Behinderteneinrichtungen“ streichen</p>	<p>Mit der Nummer 6 der Richtlinien wird die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in ausgeschlossen. Abgesehen davon, dass der Begriff weder politisch korrekt noch rechtlich eindeutig definiert ist, führt er auch zu unauflösbaren Widersprüchen zu den in Nummer 2 eingefügten Sätzen 2 und 3 der Richtlinien.</p> <p>Wir schlagen vor, den Begriff „Behinderteneinrichtungen“ zu streichen.</p> <p>Ziel der Änderung des § 37 Abs. 1 SGB V war es zu gewährleisten, dass niemand wegen eines auftretenden behandlungspflegerischen Bedarfs seinen gewohnten Lebensraum verlassen muss, wenn der Bedarf durch häusliche Krankenpflege gedeckt werden kann. Als Vertretung schwerst- und mehrfach behinderter Menschen und ihrer Familien begrüßen wir diese Zielsetzung ausdrücklich. Sie muss auch für die behinderten Menschen gelten, die in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe leben, und zwar unabhängig von der rechtlichen Ausgestaltung als ambulante oder stationäre Wohnform.</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>Insbesondere bei stadtteilintegrierten und gemeindenahen Angeboten nähern sich ambulante und stationäre Wohneinrichtungen einander an. Bisweilen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften, stationäre stadtteilintegrierte Wohngruppen oder Außenwohngruppen zwar leistungsrechtlich, aber in ihrer Erscheinungsform kaum zu unterscheiden. Es ist der Wunsch der Verbände behinderter Menschen und der erklärte politische Wille der Bundesregierung, die Grenzen der Leistungsform von ambulant und stationär zu überwinden.</p> <p>Formen gemeinsam ist, dass sie den Lebensmittelpunkt des behinderten Menschen darstellen, der auch zu erhalten ist, wenn ein behandlungspflegerischer Bedarf besteht, der durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege bedeckt werden kann.</p> <p>In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe leisten Mitarbeiter/innen ebenso wie die Eltern behinderter Kinder in der häuslichen Umgebung bereits heute Behandlungspflege. Hinzutretender handlungspflegerischer Bedarf sollte, wenn er nicht von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung gedeckt werden kann und daher die Aufgabe des Lebensmittelpunktes Wohneinrichtung zur Folge hätte, zu einem Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Leistungen und Leistungen der Grundpflege können gänzlich ausgeschlossen werden, da sie in allen Wohnformen der Behindertenhilfe vorgehalten werden.</p> <p>Ebenso wie im Privathaushalt muss der behandelnde Arzt die Feststellung treffen, dass keine Person in der Lage ist, die behandlungspflegerische Leistung zu erbringen. Damit bleibt auch die geänderte Richtlinie in der Systematik der bisherigen Verwaltungspraxis.</p>	
Abs. 1, Satz 1 ändern:	Die neu gefasste Nr. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien führt Einrichtungen auf, in	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>(...) oder Behinderteneinrichtung kann (...)</p> <p>-</p>	<p>denen kein Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe. In dieser Aufzählung werden auch Behinderteneinrichtungen aufgeführt. Schon allein der Begriff der Behinderteneinrichtung ist ungeeignet, weil er als untauglicher Oberbegriff verschiedene Einrichtungen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten umfassen könnte, die z. T. explizit sowohl im Gesetz als auch in dieser Richtlinie erfasst werden. Darüber hinaus ist nach unserer Auffassung der Bezug in den Richtlinien auf Leistungen anderer Sozialgesetzbücher (hier z.B. SGB IX und SGB XII) aus rechtlichen Gründen unzulässig.</p>	
<p>Abs. 1, Satz 1 und 2 ändern: (...) Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, <u>Rehabilitationseinrichtungen</u>, <u>Hospizen</u>, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in <u>Behinderteneinrichtungen</u>, <u>Rehabilitationseinrichtungen</u>, <u>Hospizen</u>, Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität</p>	<p>In der Beispielaufzählung von Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen ein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht, sind auch Rehabilitations- und Behinderteneinrichtungen aufgeführt. Bei diesen Rehabilitations- und Behinderteneinrichtungen ist der Anspruch auf Behandlungspflege davon abhängig, ob die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zwischen dem Einrichtungsträger und den Kostenträgern vertraglich vereinbart wurden. Nur dann ist in diesen Einrichtungen eine Verordnung häuslicher Krankenpflege nicht möglich. Aufgrund dieser Besonderheiten, die hier nicht ausdifferenziert dargestellt werden können, sollten diese Einrichtungstypen aus der Beispielaufzählung in Satz 1 entfernt werden. Um eine Gleichbehandlung von Leistungsempfängern der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen, die weder gesetzlich noch vertraglich zur Erbringung der Behandlungspflege verpflichtet sind, sicherzustellen, sollten diese mit den Personen in Werkstätten für behinderte Menschen gleichgestellt werden.</p> <p>Die Einschränkung auf eine unvorhersehbare Intensität und Häufigkeit der behandlungspflegerischen Maßnahmen in Heimen ist nur teilweise geeignet, um eine angemessene Refinanzierung der Erfüllung des besonders hohen Bedarfes zu gewährleisten. Notwendig und angemessen</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. <u>die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und die Behandlungspflege der Leistungsempfänger nicht bereits durch anderweitige vertragliche Regelungen gesichert ist, z. B. wenn die Werkstatt für</u></p>	<p>sen ist eine Regelung, die einen Anspruch auch dann ermöglicht, wenn ein vorhersehbarer besonders hoher Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen zu erfüllen ist. Damit würde auch der gesetzlichen Regelung entsprochen, welche keineswegs nur auf unvorhersehbare Pflegesituationen abstellt.</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<u>behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.</u>		
Abs. 2 streichen Abweichend davon (...) Leistung selbst zu erbringen.		s. u.
Abs. 2 ändern Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden	Die Leistungsgewährung vom Ausmaß an Intensität und Häufigkeit der zu erbringende Pflege und der Qualifikation der Leistungserbringer abhängig zu machen, widerspricht dem Willen des Gesetzgebers und schränkt den Leistungsanspruch der versicherten behinderten Menschen unzulässig ein. Zudem widerspricht die Benennung der Pflegefachkraft der Systematik der Verordnung, da zum einen auf die Leistungserbringung unter VI. Zusammenarbeit mit Pflegediensten / Krankenhäusern eingegangen und zum anderen die Leistungserbringung in den Verträgen gem. § 132 a SGB V zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern geregelt wird. Weiterhin kann auf die Nennung von Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege kann verzichtet werden, da diese Voraussetzungen für jede Verordnung einer HKP-Leistung gelten	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>kann</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>die Leistung der häuslichen Krankenpflege aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in der Werkstatt notwendig ist</u> und - die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung <u>nicht</u> verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. 		
<p>Abs. 2 ändern</p> <p>Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch</p>	<p>Die Einführung der unbestimmten Rechtsbegriffe "<i>Intensität und Häufigkeit</i>" verhilft nicht zu einer Klarheit was unter "<i>besonders hohem Pflegebedarf</i>" zu verstehen ist.</p> <p>Die Formulierung in § 37 Abs. 1 und 2 SGB V bleibt unverständlicherweise hinter der Rechtsprechung zurück, die den Anspruch auf Behandlungspflege in Werkstätten für behinderte Menschen ohne Einschränkung hinsichtlich des Umfangs des Pflegebedarfs bejaht (so beispielhaft das Urteil des LSG Bayern vom 28.10.04, Az.: L 4 KR 15/04). Die Entscheidungen verschaffen dem grundgesetzlich verbürgten Gleichheitsgrundsatz Geltung. Auch der Gesetzgeber stützt die Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der Begründung des GKV-WSG aus-</p>	<p>Dieser Vorschlag weicht in nicht angemessener Form von den Vorgaben des SGB V ab, da eine Weiterentwicklung des SGB's formuliert wird.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft der Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen es mit sich bringt, dass es nicht ausreicht, die Leistungen zuhause zu erbringen, sondern die medizinische Notwendigkeit besteht, die behandlungspflegerischen Leistungen in der Werkstatt für behinderte Menschen zu erbringen, damit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung (...).</p>	<p>drücklich auf diesen Grundsatz. Die Formulierung im Gesetz greift insoweit zu kurz. Bei Behandlungspflegeleistungen in der Schule oder in betreuten Wohnformen gibt es die Einschränkung des <i>"besonders hohen Pflegebedarfs"</i> ohne sachlichen Grund nicht. Vor diesem Hintergrund ist § 37 Abs. 1 und 2 SGB V verfassungskonform auszulegen. Die Richtlinie sollte deshalb wie folgt formulieren:</p>	
<p>Abs. 2 ändern: Häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen ist verordnungsfähig, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen</p>	<p>Die Leistungserbringung in Werkstätten für behinderte Menschen soll nach der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beabsichtigten Richtlinienänderung an die Voraussetzung geknüpft werden, dass <i>Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer geeigneten Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann</i>. Auch hier wird die Verordnungsfähigkeit häuslicher Krankenpflege in unzulässiger Weise über die gesetzliche Vorgabe hinaus eingegrenzt. Nach der Begründung des GKV-WSG ist ein Leistungs-</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>Gründen während des Aufenthalts in der Werkstatt notwendig und eine Leistungserbringung aufgrund von § 10 der WerkstättenVO nicht gegeben ist, unabhängig von Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege.</p>	<p>anspruch dann gegeben, wenn wegen des besonders hohen Pflegebedarfs eines Versicherten die zur Verfügung stehenden pflegerischen Fachkräfte nicht ausreichen. Damit wird in Abgrenzung zur WerkstättenVO ein besonderer Leistungsumfang herausgestellt, eine besondere Intensität des Pflegebedarfs als Voraussetzung des Leistungsanspruchs kann daraus nicht abgeleitet werden.</p> <p>Eine angemessene Umsetzung der mit dem GKV-WSG eingeführten Regelung erfordert, dass häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen ordnungsfähig ist, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthalts in der Werkstatt notwendig und eine Leistungserbringung aufgrund von § 10 der WerkstättenVO nicht gegeben ist.</p>	
<p>Abs. 2 ändern: Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für <u>(seelisch) behinderte Menschen</u> und <u>Wohnstätten für (seelisch) behinderte Menschen</u> verordnet werden (...)</p>	<p>Zudem wird im Richtlinienentwurf des G-BA näher bestimmt, wann in Pflegeeinrichtungen und Werkstätten für behinderte Menschen von einem besonders hohen Pflegebedarf, der die Verordnung häuslicher Krankenpflege rechtfertigt, ausgegangen werden kann. Viele Bewohner von Pflegeeinrichtungen benötigen qualifizierte psychiatrische Krankenpflege, die in ihrer Intensität über den üblichen Pflegebedarf hinausgeht. Da der Verlauf psychischer Erkrankungen in der Regel schwer vorhersehbar ist, sollte auf die Formulierung der Unvorhersehbarkeit als Bedingung für die Verordnung verzichtet werden.</p> <p>Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die infolge ihrer Erkrankung nicht mehr in ihrem persönlichen Umfeld oder einer ambulant betreuten Wohnform leben können, gibt es stationäre Wohnformen, in denen mehrere psychisch erkrankte Menschen zusammenleben. Laut eines Berichts der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesbehörden zur Psychiatrie in Deutschland (2007) gibt es in Deutschland (Stand: 2005) 5.397 Plätze für Menschen mit</p>	<p>Der Begriff Behinderung umfasst auch seelische Erkrankungen (SGB IX).</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>seelischer Behinderung in vollstationären Einrichtungen. Dabei zeigt sich in den letzten Jahren eine deutliche Entwicklung: weg von großen Heimen hin zu kleineren, überschaubaren Wohneinheiten. Diese Entwicklung ermöglicht psychisch kranken Menschen eine weitgehend „normale“ Wohn- und Lebenswelt. Außer in Werkstätten für (seelisch) behinderte Menschen können auch in Wohnstätten für (seelisch) behinderte Menschen Bedarfskonstellationen entstehen, die durch die behandlungspflegerischen Möglichkeiten in dieser Wohnform nicht zu decken sind. Um auch in diesen Fällen den Umzug aus der gewohnten Umgebung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim vermeiden zu können, ist es notwendig, die geplante Regelung um diesen Bereich zu erweitern. Damit wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass möglichst selbstbestimmte Wohnformen, in denen die fachliche Betreuung im gewohnten sozialen Umfeld stattfindet, Vorrang haben.</p>	
<p>Abs. 2: (...) wenn die „Intensität und <u>oder</u> Häufigkeit“ der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist (...)</p>	<p>Nummer 6 Satz 2 ist dahingehend abzuändern, dass häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden kann, wenn die „Intensität <u>oder</u> Häufigkeit“ der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlung vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht schon auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. Der Entwurf in seiner aktuellen Fassung verkennt, dass die gesetzlich vorgesehene Leistungsvoraussetzung – hier: ein „besonders hoher Pflegebedarf“ – bereits allein durch eine extrem häufige Leistungserforderlichkeit erfüllt sein kann. Ein besonders hoher Pflegebedarf ist darüber hinaus von seinem Wortsinne auch dann gegeben, wenn besonders anspruchsvolle oder intensivpflegerische Maßnahmen erforderlich sind, die nach den Geboten der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt nur von einer Pflegefachkraft erbracht werden können. Zu verlangen, dass beide Kriterien kumulativ vor-</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	liegen müssen, um die behandlungspflegerische Versorgung in der Behindertenwerkstatt zu lassen, würde bedeuten, dem gesetzgeberischen Willen zu wider zu handeln und den Leistungsanspruch der Versicherten in einem unzulässigen Maße zu beschneiden.	
<p>Abs. 3 ändern:</p> <p>Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte (z. B. <u>Versicherte im Wachkoma, mit Dauerbeatmung, mit AIDS, mit onkologischen Erkrankungen, mit schweren neurologischen Erkrankungen wie MS oder ALS oder mit Querschnittslähmungen</u>) in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer die voraussichtlich für mindestens für 6 Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, z. B. <u>an besonders aufwendiger Krankenbeobachtung, an Wundver-</u></p>	<p>Satz 2 ist zu streichen, weil auch an dieser Stelle Leistungsanspruch mit Leistungsbedingungen verknüpft werden. Ein hoher Bedarf an Behandlungspflege ist im Zusammenhang mit einer hohen Anwesenheit von Pflegekräften zu sehen, erfordert jedoch nicht generell eine „ständige“ Anwesenheit. Mit der Formulierung der „ständigen Anwesenheit“ wird der Leistungsanspruch auf die Gruppe der Dauerbeatmungspatienten beschränkt, bei denen eine ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft im Zimmer, u.a. zum Absaugen der oberen Luftwege, benötigt wird. Es müssen aber auch Versicherte mit anderen aufwendigen Behandlungsbedürfnissen an dieser Möglichkeit teilhaben können, um dem Willen des Gesetzgebers zu entsprechen und diese Gruppe von sehr hohen Zuzahlungskosten für die besonders aufwendigen Behandlungsmaßnahmen zu entlasten (vgl. Drucksache 755/06 des Deutschen Bundesrates).</p>	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p><u>sorgungen, häufigen Absaugen, Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten und anderen Medizinprodukten, parenterale Ernährung und Port-Versorgung oder Inhalationen, haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V).“</u></p> <p>Abs. 3 Satz 2 streichen</p>		
<p>Abs. 3 ändern:</p> <p>(...) Dies ist <u>insbesondere</u> der Fall, wenn die <u>ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer <u>Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar</u> am Tag und in der Nacht erfolgen 	<p>Das Vorliegen eines besonders hohen Bedarfs an behandlungspflegerischen Maßnahmen wird hier an die Notwendigkeit der Anwesenheit und Tätigkeit einer Pflegefachkraft geknüpft. Unseres Erachtens sollte die Leistung als Anspruch des Versicherten formuliert werden und nicht über die Organisationsform („ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft“) oder die Tätigkeiten („individuelle Kontrolle“) der geeigneten Pflegefachkraft definiert werden. Der Satzteil „die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil“ sollte deshalb gestrichen werden.</p> <p>Die darauf folgende Aufzählung von Situationen, in denen ein besonders hoher Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen vorliegt, sollte nicht abschließend sein, da ein besonders hoher Behandlungsbedarf auch bei anderen Fallkonstellationen als den beschriebenen auftreten kann. Das Wort „insbesondere“ ist daher einzufügen.</p> <p>Wir halten es weiterhin für sinnvoll, den besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege über den notwendigen Zeitaufwand für die Behandlungspflege zu operationalisieren. Der Arzt sollte bei der Verordnung beurteilen, ob ein vom Zeitaufwand deutlich über dem Durchschnitt liegen-</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p><u>müssen oder, die zeitlich deutlich den normalen Pflegeaufwand in der Behandlungspflege übersteigen.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist ▪ <u>chronische oder großflächige Wunden zu versorgen sind</u> ▪ <u>es sich bei der Pflegebedürftige an chronischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium leidet (z.B. HIV oder MS)</u> ▪ <u>die Pflege von mehr als nur einer Pflege(fach)kraft durchgeführt werden</u> 	<p>der Anspruch an Behandlungspflege vorliegt. Die Anhaltspunkte für den besonders hohen Bedarf müssen in der Aufzählung um weitere, die in der Praxis einen hohen Zeitaufwand in der Behandlungspflege verursachen wie z.B. die Versorgung von chronischen oder großflächigen Wunden, Chronische Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium sowie die Notwendigkeit der Durchführung der Behandlungspflege von mehr als nur einer Pflege(fach)kraft ergänzt werden ergänzt werden.</p> <p>Bei der im Entwurf beschriebenen ersten Fallkonstellation ist die Definition des besonders hohen Bedarfs an behandlungspflegerischen Maßnahmen mit dem Wort „unvorhersehbar“ nur sehr unspezifisch und gleichzeitig zu eingrenzend beschrieben.</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<u>muß.</u>		
<p>Abs. 3 ändern:</p> <p>Die Voraussetzungen</p> <p><i>ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich</i></p> <p><i>behandlungspflegerische Maßnahmen müssen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen</i></p> <p><i>die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich,</i></p> <p>schränken die gesetzliche Regelung in unzulässiger Weise ein.</p> <p>„Ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflege-</p>	<p>Für besondere, eng begrenzte Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf (z. B. Wachkomapatienten, Dauerbeatmete) regelt § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch die Krankenkassen, um eine finanzielle Überforderung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu vermeiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird seinem Auftrag, hierzu eine Konkretisierung zu formulieren, nicht gerecht. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss formulierten Voraussetzungen, dass <i>die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist,</i> schränken die gesetzliche Regelung in unzulässiger Weise ein.</p> <p>In der Praxis werden Probleme daraus entstehen, dass die Vorgabe „ist. In der Regel ist diese Voraussetzung in stationären Pflegeeinrichtungen gem. SGB XI von vorneherein erfüllt. Nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschriebenen „Tragenden Gründen“ für diese Formulierung deutet sich jedoch an, dass sie von Krankenkassen als ständige Anwesenheit am Bett des Pflegebedürftigen ausgelegt werden kann. Auch die Bezugnahme auf die Planbarkeit der Einsätze ist nicht sachgerecht, da auch bei planbaren Einsätzen der Leistungsumfang ein Ausmaß erreichen kann, dass angesichts gedeckelter Leistungsbeträge der Pflegeversicherung eine finanzielle Überforderung eintritt.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert keine Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf. Dies ist jedoch in der Begründung zum GKV-WSG gefordert und zur Kon-</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>fachkraft“ ist uneindeutig.</p> <p>Bezugnahme auf die Planbarkeit der Einsätze ist nicht sachgerecht</p> <p>Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf sind nicht definiert: wie z. B. Versicherte im Wachkoma, mit Dauerbeatmung, mit AIDS, mit onkologischen Erkrankungen, mit schweren neurologischen Erkrankungen wie MS oder ALS, mit Querschnittlähmungen.</p> <p>Hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist z. B. besonders aufwendige Krankenbeobachtung, Wundversorgungen, häufiges Absaugen, Bedienung und Überwachung von Be-</p>	<p>kretisierung des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V erforderlich. Zu den zu berücksichtigenden Personengruppen zählen insbesondere Versicherte im Wachkoma, mit Dauerbeatmung, mit AIDS, mit onkologischen Erkrankungen, mit schweren neurologischen Erkrankungen wie MS oder ALS, mit Querschnittlähmungen, wenn sie auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dazu gehört z.B. besonders aufwendige Krankenbeobachtung, Wundversorgungen, häufiges Absaugen, Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten und anderen Medizinprodukten, parenterale Ernährung und Port-Versorgung sowie Inhalationen.</p> <p>Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Erbringung der Behandlungspflege für die genannten Personengruppen im Einzelfall Spezialkenntnisse erfordern kann (z.B. komplizierte Trachealkanülenwechsel bei einem dilatativen Tracheostoma), die von Pflegeeinrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI verfügen, nicht vorgehalten werden. In diesen Fällen ist die Behandlungspflege nur über die Inanspruchnahme speziell darauf ausgerichteter ambulanter Pflegedienste sicher zu stellen. Damit die Kontakte zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bestehen bleiben, dürfen diese Personengruppen nicht auf die Unterbringung in Spezialkliniken verwiesen werden. Vielmehr ist ihnen das Leben in einem wohnortnahen Pflegeheim mit Leistungen der Behandlungspflege über einen speziell auf die Versorgung dieser Personengruppe ausgerichteten ambulanten Pflegedienst zu ermöglichen.</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>atmungsgeräten und anderen Medizinprodukten, parenterale Ernährung und Port-Versorgung sowie Inhalationen</p>		
<p>Abs. 3 ändern: (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und <u>oder</u> in der Nacht erfolgen müssen oder ▪ die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist <u>oder</u> ▪ <u>die Behandlungspflege einen Zeitumfang von</u> 	<p>Die Definition des "besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege bei Versicherten in Pflegeheimen" wird zu restriktiv und einschränkend vorgenommen. Dies ist zum einen in dem Erfordernis, dass die behandlungspflegerischen Maßnahmen "unvorhersehbar" erfolgen müssen und zum anderen, dass die Unvorhersehbarkeit sich auf den "Tag und die Nacht" beziehen muss begründet. Diese restriktive Auslegung entspricht unserer Auffassung nach nicht der Intention des Gesetzgebers, da auch Versicherte, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und einen vorhersehbar hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (z.B. aufgrund von besonderen Schutzmaßnahmen bei der Behandlungspflege bei MRSA, HIV, bei besonders aufwendiger Wundversorgung, im fortgeschrittenen Stadium von Krankheiten bei MS oder HIV), einen Anspruch auf diese Leistungen haben müssen. Wir schlagen deshalb vor, den besonders hohen Versorgungsbedarf wie folgt zu definieren.</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<u>mindestens 2 Stunden täglich durch eine Pflegefachkraft umfasst.</u>		
<p>Abs. 3 ändern:</p> <p>Festlegen, ob Behandlungspflege durch externe Dienstleister oder durch das Heim selbst erbracht werden kann.</p> <p>„unvorhersehbare“ behandlungspflegerischer Maßnahmen streichen oder durch beispielhafte Aufzählung ergänzen.</p>	<p>Die Verordnungsfähigkeit von Behandlungspflege auch für Versicherte in Pflegeheimen ist grundsätzlich zu begrüßen, es sollte jedoch noch festgelegt werden, ob diese durch externe Dienstleister oder durch das Heim selbst erbracht werden kann.</p> <p>Die Eingrenzung auf „unvorhersehbare“ behandlungspflegerischer Maßnahmen (letzter Satz, 1. Spiegelstrich) sollte wegen ihrer Unbestimmtheit entfallen, alternativ könnte das Gemeinte durch eine beispielhafte Aufzählung ergänzt werden.</p>	s. u.
<p>Abs. 3 ändern:</p> <p>(...) Dies ist <u>insbesondere</u> der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft für die Durchführung</p>	<p>Laut einer vom BMG in Auftrag gegebenen Expertise (Hirsch und Kastner, 2004) leidet mit 65 Prozent weit über die Hälfte der Bewohner in Altenheimen an einer psychischen Erkrankung. Im Diagnosespektrum finden sich dabei 69 Prozent organische Störungen (v. a. demenzielle Syndrome), 14 Prozent affektive Störungen, 11 Prozent schizophrene Störungen, 3 Prozent Suchterkrankungen, 0,6 Prozent Intelligenzminderungen und 3 Prozent fallen in die Kategorie „sonstige“ Störungen. Hieraus kann auf einen erhöhten Bedarf psychiatrischer Krankenpflege-maßnahmen in Pflegeeinrichtungen geschlossen werden. Insbesondere 10 bis 20 Prozent der</p>	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p><u>behandlungspflegerischer Maßnahmen erforderlich ist</u> (z. B. Bedienung eines Beatmungsgerätes) <u>oder wenn pflegefachlich besondere Kenntnisse erforderlich sind.</u></p> <p>weil</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) 	<p>demenzkranken Heimbewohner (d. h. bis zu 50.000 Menschen) zeigen so schwere Verhaltensstörungen, dass „normale“ Pflegebereiche für ihre Versorgung überfordert sind und häufig auf eine Verlegung in ein Psychiatrisches Krankenhaus „zur Einstellung“ gedrängt wird. Damit Patienten in Pflegeeinrichtungen auch in diesen Fällen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und eine Überweisung in ein Krankenhaus vermieden werden kann, ist die Ausweitung der Verordnungsmöglichkeit ambulanter psychiatrischer Krankenpflege auf Pflegeeinrichtungen erforderlich.</p> <p>Verhaltensauffälligkeiten von schwer demenzkranken Menschen, wie starke Unruhe, verbale oder tätliche Aggressivität, anhaltendes Schreien oder Fortlaufenden mit Selbst- und Fremdgefährdung, erfordern intensive und häufige Pflegemaßnahmen, die die normalen Pflegekapazitäten in Heimen übersteigen können. Das Auftreten dieser Verhaltensauffälligkeiten ist i. d. R. nicht vorhersehbar. Insbesondere (suizidale) Krisen, wie sie auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen vorkommen, treten plötzlich und unvorhersehbar auf. Im Richtlinienentwurf des G-BA wird als Anspruchsvoraussetzung formuliert, dass die behandlungspflegerische Maßnahme in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müsse. Da dies insbesondere bei schwer demenzkranken Patienten i. d. R. der Fall sein wird, gibt es aus Sicht der BPTK keine sachliche Begründung dafür, dass dieser Sachverhalt als spezifische Anspruchsvoraussetzung für die Verordnung in die Richtlinie eingefügt wird.</p>	
<p>Abs. 3 ändern:</p> <p>(...). Dies ist auch der Fall, wenn die ständige Anwesen-</p>	<p>Die eindeutige Angabe einer <u>examinerten dreijährigen</u> Pflegefachkraft als Grundlage der Leistungserbringung, macht deutlich, dass nur diese Qualifikation ausreichend ist, um ärztliche Anordnungen sach- und fachgerecht auszuführen und besondere pflegerische Situationen auf-</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>heit einer <u>geeigneten</u> <u>examinierten</u> <u>dreijährigen</u> <u>Pflegefachkraft</u> zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil</p> <ul style="list-style-type: none"> - behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit <u>geplant und unvorhersehbar</u> erbracht werden müssen oder - die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage <u>am Tag und in der Nacht</u> erforderlich ist.“ <p><u>Die Durchführung der Behandlungspflege bei hohem Pflegebedarf dient der Siche-</u></p>	<p>grund ihrer Kompetenz einzuschätzen und richtig zu handeln.</p> <p>Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt <u>geplant und unvorhersehbar</u> gleichermaßen vor.</p> <p>1. Beispiel: Der Bewohner mit hohem Querschnitt wird aufgrund seines fehlenden Hustenreizes mindestens 3x täglich abgesaugt, um Pneumonien, Inkrustationen und ggf. Erstickung zu vermeiden. Diese med. Behandlungspflege ist verordnet und planbar. Zur Durchführung bedarf es einer <u>examinierten</u> Pflegefachkraft. Darüber hinaus können zusätzliche Absaugungen nach dem Drehen und Lagern des Patienten je nach Sekretanhäufung notwendig werden. Diese Leistungen sind unvorhersehbar und müssen von der Pflegefachkraft eingeschätzt werden. Aufwand, Leistung und Erfordernis sind bei beiden Situationen identisch.</p> <p>2. Beispiel: Ein unter paranoider Schizophrenie leidender Bewohner erhält regelmäßig verordnete Medikamente, deren Gabe somit planbar ist. Darüber hinaus kommt es immer wieder zu unvorhersehbaren Exazerbationen des Krankheitsbildes (aggressives Verhalten, Fremd- und Eigengefährdung, Suizidalität). Diese schwankenden und nicht planbaren Situationen erfordern eine ständige spezielle Krankenbeobachtung, damit der Einsatz von <u>Bedarfsmedikamenten</u> und weiteren intensiven Maßnahmen zur Krisenbewältigung (Psychiatrische Krankenpflege) gezielt zum Einsatz kommt. Dieser wiederkehrend erforderliche Einsatz ist somit nicht planbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist der Einsatz eines Beatmungsgerätes bei einem Bewohner <u>erforderlich</u> bedeutet dies, dass in jedem Fall ständig durch die Pflegefachkraft sowohl in der Entscheidung für den Einsatz des Gerätes beim Bewohner als auch in der <u>Gewährleistung der Einsatzfähigkeit</u> 	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p><u>zung des Ziels der ärztlichen Behandlung. Die Behandlungspflege findet Anwendung bei Patienten mit vorliegender ärztlicher Verordnung. Die Leistungen der ärztlichen Verordnung sind inhaltlich definiert durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ (= vkP).</u></p>	<p>des Beatmungsapparates vorgehalten werden müssen. So können bei einem intermittierend beatmeten Bewohner neben den verordneten Zeitintervallen zusätzlich atemunterstützende Maßnahmen bspw. nach körperlichen Belastungssituationen notwendig sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch die <u>vorliegende ärztliche Verordnung</u> wird der Kreis der zu definierenden Fälle eindeutig festgelegt. Damit besteht eine klare Abgrenzung zu anderen pflegerischen Leistungen. - Die <u>Leistungen</u> der ärztlichen Verordnung <u>sind inhaltlich definiert</u> durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Mit diesem Katalog besteht bereits eine klar definierte Aufstellung verordnungsfähiger behandlungspflegerischer Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung nach § 37 Abs. 2 SGB V. nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der zuletzt geänderten Fassung vom 19.12. 2006. 	
<p>Abs. 3, Satz 1 und 2</p> <p>Voraussetzungen zur Verordnung von Behandlungspflege für Versicherte in Pflegeheimen, welche für mind. 6 Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, sind zu eng gefasst</p>	<p>Die Voraussetzungen zur Verordnung von Behandlungspflege für Versicherte in Pflegeheimen, welche für mind. 6 Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, sind zu eng gefasst.</p> <p>Dem zweiten Punkt (Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten zuzustimmen) kann so zugestimmt werden.</p> <p>Bezüglich des ersten Punktes (in Intensität und Häufigkeit unvorhersehbare und Tag und Nacht zu erbringende behandlungspflegerische Leistungen) besteht Korrekturbedarf. Auch ausweislich der Begründung wird hier nicht auf die Quantität der zu erbringenden Leistungen, sondern ausschließlich auf die fehlende Planbarkeit der Einsätze abgestellt.</p>	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>fasst.</p> <p>Auf den auf Dauer vorliegenden besonders hohen Bedarf abstellen, dessen quantitatives Maß sich nicht durch Planbarkeit verringert.</p> <p>Die Voraussetzungen sind ausdrücklich als nicht abschließend zu definieren.</p>	<p>Ein besonders hoher Bedarf kann sich aber auch bei Planbarkeit der Einsätze ergeben und ist in erster Linie von den zu erbringenden Maßnahmen und deren Frequenz abhängig.</p> <p>Wird, wie im Richtlinienentwurf vorgesehen, die mangelnde Planbarkeit der Einsätze als maßgebliches Kriterium angesehen, stellt sich die Frage, welchem Bewohnerklientel diese Leistungen überhaupt zu Gute kommen sollen. Sofern hier die Unvorhersehbarkeit der Leistungen im Vordergrund steht, erinnert dies eher an eine Akutsituation im Krankenhaus als an einen Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung.</p> <p>Dem Wortlaut des Gesetzestextes folgend, wird vorgeschlagen, auf den auf Dauer vorliegenden besonders hohen Bedarf abzustellen, dessen quantitatives Maß sich nicht durch Planbarkeit verringert. Der im Verhältnis zur üblichen Leistungserbringung der Einrichtung besonders hohe Bedarf ergibt sich aus den ärztlichen Diagnosen und Prognosen sowie der der Pflegedokumentation zu entnehmenden Frequenz und Intensität der zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen.</p>	
<p>Abs. 3, Satz 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar intensiv am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder (...) 	<p>Weiterhin soll zukünftig eine Verordnung von Behandlungspflege auch für Versicherte in Pflegeheimen möglich sein, zumindest dann wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Hier wurde der Gesetzestext wiedergegeben. Die Definition, wann ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege vorliegt, kann von uns allerdings nicht nachvollzogen werden. Die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft ist in stationären Pflegeeinrichtungen schon an sich gegeben. Das in einer Richtlinie zu beschreiben, ist nach Ansicht der AWO überflüssig. Diesen Tatbestand darüber hinaus daran zu koppeln, dass diese behandlungspflegerischen Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit <i>unvorhersehbar</i> am Tag und in der Nacht erfol-</p>	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>gen müssen, macht nach unserer Auffassung keinen Sinn, da ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nicht an einer Unvorhersehbarkeit gekoppelt werden kann. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt eben auch bzw. gerade vor, wenn dieser vorhersehbar ist. Diese Beschreibung ist lediglich dazu geeignet, Verordnungen von Behandlungspflege ablehnen zu können. Auch hiermit wird versucht, die Intention des Gesetzgebers auszuhebeln. Dieses Vorgehen wird von der AWO scharf kritisiert.</p>	
<p>Abs. 3, Satz 2</p> <p>Dies ist <u>insbesondere</u> der Fall, wenn eine geeignete Pflegefachkraft <u>individuell erforderlich</u> ist,</p> <ul style="list-style-type: none"> • aufgrund der Intensität <u>oder</u> des Umfangs der behandlungspflegerischen Maßnahmen oder • um ein Beatmungsgerät im Sinne der Nr. 8 der Anlage zu bedienen und zu überwachen. 	<p>Nummer 6 Satz 4 versucht den unbestimmten Rechtsbegriff „besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“, den der Gesetzgeber in § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V als Voraussetzung für die Leistungserbringung nach § 37 SGB V in Pflegeheimen vorgesehen hat, abschließend zu definieren. Der Beurteilungsspielraum, den unbestimmte Rechtsbegriffe definitionsgemäß der Verwaltung auf der Tatbestandsseite einer Norm einzuräumen sollen, wird hier aus Sicht des bad e.V. in unzulässiger Weise beschnitten, da die Definition in Satz 4 strengere Anforderungen stellt, als es die gesetzliche Vorgabe rechtfertigt. Sachgerecht und vorzugswürdig ist hingegen, der Praxis in den Richtlinien eine Auslegungshilfe an die Hand zu geben, indem man beispielhafte Konkretisierungen des Gesetzes benennt. Dies entspricht auch dem gesetzgeberischen Auftrag aus § 37 Abs. 6 Satz 1 SGB V, nach dem der Gemeinsame Bundesausschuss „Fälle festlegen“ soll, in denen die Leistungserbringung außerhalb des Haushalts und der Familie möglich ist.</p> <p>Hinsichtlich der Vorzugswürdigkeit, die „Intensität“ und „Häufigkeit“ der behandlungspflegerischen Maßnahmen als alternative und nicht als kumulative Voraussetzungen zu normieren, verweisen wir auf unsere unter I.4 gemachten Ausführungen.</p> <p>Ferner muss nicht immer die „ständige“ Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich sein, um</p>	<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>von einem „besonders hohen Bedarf“ an medizinischer Behandlungspflege ausgehen zu können. Vielmehr kann dieser beispielsweise auch in einer fachlich sehr anspruchsvollen, über viele Stunden andauernden behandlungspflegerischen Versorgung begründet sein. Diesen Fall erfasst der derzeitige Entwurf zu Unrecht nicht. Im Bereich der Intensiv-/ Beatmungspflege gilt es zu beachten, dass im Einzelfall beatmungsfreie Intervalle möglich sind, während denen der Patient zwar einer fachgerechten Krankenbeobachtung bedarf, innerhalb der der Betrieb eines Beatmungsgerätes jedoch nicht erforderlich ist. Dies schließt den faktisch hohen pflegerischen Bedarf auch dann nicht aus, wenn sich das beatmungsfreie Intervall im Einzelfall auf einen Tag- oder Nachtzeitraum erstreckt. Die Richtlinien sollten den Leistungsbereich dahingehend nicht einschränken.</p>	
<p>Abs. 3, Satz 2 ändern: Dies ist <u>immer dann</u> der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil</p> <ul style="list-style-type: none"> • behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen 	<p>Die vom G-BA vorgeschlagene Regelung bedeutet einen Fortschritt für eine sehr kleine und überschaubare Gruppe von Versicherten in Pflegeheimen. Allerdings bedarf es der Präzisierung, um zu vermeiden, dass alleine mit Verweis auf die nach wie vor geltende HeimPersV der Anspruch abgelehnt wird, weil eine Fachkraft ständig anwesend sei. Unstrittig dürfte die Regelung sein, welche einen Anspruch festschreibt, soweit die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.</p> <p>Die Fachkräfte in den Pflegeheimen schildern eine kontinuierlich wachsende Belastung auch durch Pflegesituationen, in denen ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Es wird davon ausgegangen, dass diese Situation sich weiter verschärfen wird. Dies wird verschärft durch die Entwicklung, dass im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ein nur vorübergehender Aufenthalt im Pflegeheim gewählt wird, um einen besonderen</p>	s. u.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<p>oder</p> <p>• die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“</p> <p><u>es sich um Wachkomapatienten oder Dauerbeatmete oder vergleichbare Personengruppen handelt.</u></p>	<p>behandlungspflegerischen Aufwand außerhalb des Krankenhauses leisten zu können. Die jetzige gesetzliche Regelung verhindert nahezu eine individuelle Betrachtung, da die Kosten – systemwidrig – pauschal mit der Pflegevergütung nach SGB XI abgegolten sind.</p> <p>Von daher ist die Einschränkung auf eine unvorhersehbare Intensität und Häufigkeit der behandlungspflegerischen Maßnahmen nur teilweise geeignet, um eine angemessene Refinanzierung der Erfüllung des besonders hohen Bedarfes zu gewährleisten. Notwendig und angemessen wäre eine Regelung, die einen Anspruch auch dann ermöglicht, wenn ein vorhersehbarer besonders hoher Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen zu erfüllen ist. Damit würde auch der gesetzlichen Regelung entsprochen, welche keineswegs nur auf unvorhersehbare Pflegesituationen abstellt. Die Einschränkung, welche mit der Unvorhersehbarkeit der Intensität und Häufigkeit verbunden ist, wird folglich abgelehnt.</p> <p>Bei der Umsetzung sollte von Beginn an berücksichtigt werden, dass ein möglichst unkompliziertes Verfahren gewählt ist. Keineswegs darf z.B. die Kostenübernahme an einen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen geknüpft werden, da Angehörige betroffener Heimbewohner nicht im gleichen Haushalt leben. Zudem sollte versucht werden, jeweils eine pauschale Vergütungsregelung zu treffen, um besonders aufwändige Einzelleistungsabrechnungen zu vermeiden.</p>	
<p>Abs. 4 hinzufügen</p> <p><u>Wenn die übliche angebotene Behandlungspflege in einer der genannten Einrich-</u></p>		<p>s. u.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
<u>tungen keine psychiatrische Fachkrankenpflege umfasst, ist diese spezielle Behandlungspflege i. S. häuslicher Krankenpflege (§37 SGB V) ebenfalls ordnungsfähig.</u>		

Position des UA HKP

Zu den „Einrichtungen der Eingliederungshilfe“ (aus I.1):

PatV: Auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen als Leistungsort anerkannt werden, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege vorliegt. Diese Regelung ist durch Richtlinien-Befugnis des G-BA gedeckt. Berücksichtigung ihres Änderungsantrags der Sitzung des G-BA vom 18.10.2007.

SpiK: In § 37 SGB V sind nur Werkstätten für behinderte Menschen und Pflegeheime erwähnt.

Zu den „betreuten Wohnformen“ (aus I.1):

SpiK: Abgrenzungsprobleme (Definition des BGH einfügen, ist das sinnvoll?).

PatV: Nach dem derzeitigen SN-Entwurf hier keine Änderung nötig, weil betreute stat. Wohnformen von Behinderteneinrichtungen umfasst sind.

Zur „Kurzzeitpflege“ (aus I.1):

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>SpiK und Ärzte: Kurzzeitpflege ist von den Formulierungen im 1. Absatz erfasst.</p> <p>PatV: Krankenhausvermeidungspflege ist Kurzzeitpflege. In der Prüfungsphase der Pflegekassen bzgl. Pflegeeinstufung besteht Unklarheit, ob Leistung verordnet werden kann. Für den Anwender in der Praxis Kurzzeitpflege in RL aufnehmen (in den 2. Absatz).</p> <p>SpiK: In Klammerzusatz ggf. „Kurzzeitpflege für diejenigen, die Anspruch auf Kurzzeitpflege nach SGB XI haben“ hinzufügen, da die GKV den Begriff der Kurzzeitpflege nicht kennt.</p> <p>Zu den „Behinderteneinrichtungen“ (Abs. 1, Satz 1):</p> <p>PatV: 1. Behinderteneinrichtungen im Klammerzusatz streichen. 2. Im 2. Absatz zu den Werkstätten auch die „Wohnstätten für behinderte Menschen“ benennen (s. Antrag der PatV, Sitzung des G-BA am 18.10.2007).</p> <p>SpiK: Dieser Begriff ist sehr weit gefasst, eine Abgrenzung sehr schwierig. Es ist nicht Aufgabe der GKV Leistungen anderer Finanzierungsbereiche der Krankenversorgung zu übernehmen.</p> <p>Zur „Unvorhersehbarkeit der behandlungspflegerischen Maßnahmen“:</p> <p>PatV: Die Unvorhersehbarkeit der behandlungspflegerischen Maßnahmen besteht über die genannten Kriterien hinaus z. B. auch in der Versorgung großer Wunden oder bei MRSA-Patienten. Außerdem kann auch bei vorhersehbarem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen von einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ausgegangen werden. Die „Vorhersehbarkeit“ als Definitionskriterium des Bedarfs zu wählen, führt die Intention des Gesetzgebers ad absurdum.</p> <p>Ärzte: Planbar ist immer eine Frage der Kostenträger und nicht der Maßnahmen selbst. Besonders hoher Bedarf lässt sich nicht durch die Größe der</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN

Begründung / Kommentar SN

Position UA HKP

Wunden, sondern nur durch die Aufwändigkeit der Versorgung definieren.

SpiK: Wenn Leistungen planbar sind, dann sind sie vorhersehbar. Wenn sie vorhersehbar sind, dann kann auch kein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege bestehen. In der neuen Nr. 6 wird ein Rahmen vorgegeben, der nicht durch weitere Rahmen (nämlich durch Einfügung von „insbesondere“) soweit aufgemacht werden dürfe, dass er nicht mehr für die Anwendung in der Praxis erkennbar sei.

Abt. Recht des G-BA: Die Gesetzesänderung wurde vorgenommen, weil durch die gedeckelte Finanzierung nach dem SGB XI in Pflegeheimen z. T. sehr hohe Kosten für die bhpfl. Maßnahmen entstehen, die bei den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen zu sehr hohen Eigenanteilen führen können. Mit der RL-Änderung sollte daher sichergestellt sein, dass alle Sachfälle auch wirklich erfasst werden. Dies kann durch eine „insbesondere-Aufzählung“ im 3. Absatz geklärt werden (Dies ist insbesondere der Fall ...).

Beratungsergebnis

SpiK und KBV

Abs. 2: Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität oder Häufigkeit (...).

Abs. 3: (...) behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit (...).

Dissens PatV:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen und Wohnstätten für behinderte Menschen verordnet

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

(2) Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

(3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN	Position UA HKP
	<p>werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (3) Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist insbesondere der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft für die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen erforderlich ist (z. B. für die Bedienung eines Beatmungsgeräts).“ 	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.5.4 zu I.6 des Beschlusses: neue Nr. 9 (Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen als Behandlungspflege)

<p>In der neuen Nummer 9 wird nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 eingefügt: „Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann verordnet werden, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.“ Der frühere Satz 3 wird Satz 4.</p>	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>Satz 3 ändern: Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können <u>sind</u> als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann <u>zu verordnen</u> verordnet werden, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.</p>	<p>In Nr. 9 Satz 3 muss dem klaren Gesetzesbefehl Rechnung getragen werden und eindeutig der Anspruch auf Verordnung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege feststehen. Die hier gewählte Kann-Regelung suggeriert eine Ermessensentscheidung im Rahmen der Verordnung. Nach § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz sind krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann zu verordnen, wenn diese als Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des SGB XI berücksichtigt wurden.</p>
<p>Position UA HKP: s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 10 (s. Kapitel 5.5.6)</p>	
<p>Beratungsergebnis Änderungen sind nicht erforderlich.</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.5.5 zu I.7 des Beschlusses: Redaktionelle Anpassung

In der neuen Nummer 9 wird im letzten Satz das Wort „dies“ ersetzt durch die Worte „die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“.	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
Hier keine Änderung der Richtlinien vornehmen (alte RL-Formulierung beibehalten)	Bisher bestand für eine Krankenkasse die Möglichkeit sowohl die Grundpflege als auch die hauswirtschaftliche Versorgung oder auch beide Leistungen als Satzungsleistung, in Verbindung mit der Sicherungspflege, ihren Versicherten zu gewähren. Aufgrund der beabsichtigten Änderung besteht die Gefahr, dass zukünftig diese Regelung dahingehend interpretiert wird, dass die Satzungen immer beide Leistungen umfassen müssen. Zur Vermeidung von Missverständnissen ist die alte Formulierung beizubehalten.
Position UA HKP: s. Position des UA HKP zur neuen Nr. 10 (s. Kapitel 5.5.6)	
Beratungsergebnis Änderungen sind nicht erforderlich.	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.5.6 zu I.8 des Beschlusses: Konkretisierung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen

Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>neue Nr. 10 streichen</p>	<p>Mit dem GKV-WSG wurde verdeutlicht, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann zur häuslichen Krankenpflege gehören, wenn sie im Rahmen der Pflegebedürftigkeits-Feststellung gem. SGB XI berücksichtigt wurden. In der Begründung zum GKV-WSG wurde bereits beschrieben, dass es sich insbesondere um folgende Maßnahmen handelt: das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, eine oro/tracheale Sekretabsaugung, das Einreiben mit Dermatika, die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs, die Einmalkatheterisierung, das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens, Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde aufgegeben, Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu konkretisieren. Art und Inhalt dieser Leistungen sind in der Anlage zu den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien, in dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen, bereits beschrieben. Dementsprechend ist die Generalklausel unter I.6 völlig ausreichend.</p> <p>Die weiteren Ausführungen unter I.8 sind nicht hilfreich und sollten deshalb entfallen. Es irritiert, dass hier die Beschreibung der Maßnahmen aus der Begutachtungsrichtlinie gem. SGB XI aufgegriffen wird. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden diese krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nur dann berücksichtigt, wenn sie verrichtungsbezogen anfallen. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist jedoch nicht auf diese Verrichtungsbezogenheit beschränkt, sondern erstreckt sich auch darauf. Eine Bezugnahme auf diesen Kontext im Rahmen der Verordnung häuslicher Krankenpflege ist überflüssig. Nach dem Willen des Gesetzgebers bedarf es seit dem 01.04.2007 keiner Prüfung, ob verordnete krankheitsspezifische Maßnahmen auch bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI berücksichtigt wurden.</p>
<p>Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische</p>	<p>Betreffend den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Vorgaben des</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>sche Pflegemaßnahmen, <u>die untrennbarer Bestandteil der Hilfe für die jeweilige Verrichtung der Grundpflege sind oder die objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen</u>, sind insbesondere: (...)</p>	<p>GKV-WSG halten wir auch diesen für angemessen, sind aber der Auffassung, dass bei der neu eingefügten Nummer 10 der Begriff der „verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ einer näheren Beschreibung bedarf.</p> <p>In Anlehnung an die Pflegebegutachtungs-Richtlinien empfehlen wir die Nummer 10 daher wie nebenstehend zu ergänzen.</p>
<p>als Ergänzung nach der Aufzählung einfügen:</p> <p><u>Zur Ermöglichung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, an Patienten mit psychiatrischer Grunderkrankung, ist psychiatrische HKP ebenfalls verordnungsfähig, um i. S. d. §37 SGB V Krankheitseinsicht und Pflegeakzeptanz zu erreichen.</u></p>	
	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss beschränkt sich zu Recht auf eine beispielhafte Aufzählung möglicher Konstellationen verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen.</p>
<p>Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere <u>können unter anderen sein</u> (...)</p>	<p>Der Katalog soll und kann nicht abschließend gemeint sein. Für die tägliche Praxis muss dies deutlicher hervorgehoben werden. Die Anbieter von Pflegeleistungen als auch die Krankenkassen werden diese Auflistung ansonsten leicht als abschließende Liste missverstehen, wie es die Erfahrung gezeigt hat.</p> <p>Insbesondere neurologische und neurodegenerative Erkrankungen (letztere gibt es meist im Erwachsenenalter nicht mehr, da die Kinder im Kinder- oder Jugendalter versterben) erfordern bei allen Tätigkeiten</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>folgende Punkte hinzufügen:</p> <p><u>„Bei Kindern sind zusätzliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen unter anderen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Verabreichung von krampflösenden oder schmerzstillenden Medikamenten zur Verrichtung von grundpflegerischen Maßnahmen wie Waschen/Duschen/Baden, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme,</u> 2. <u>Atmungserleichternde Maßnahmen wie Inhalation, Einreibungen, etc. vor und während der Maßnahmen zur Aufnahme der Nahrung.“</u> 3. <u>Maßnahmen der Hinführung und Unterstützung zur Nahrungsaufnahme und zu selbständigem Schlucken.</u> 	<p>am Kind vorher eine Medikation, welche nur zur Erleichterung des Kindes bei Verrichtung der Pflgetätigkeit verabreicht wird.</p> <p>Bei ehemaligen Frühgeborenen und anderen Säuglingen mit schweren chronischen Erkrankungen wie z.B. Herzfehler oder neurologischen Erkrankungen, stellt das vorsichtige Füttern, das Hinführen zum selbständigen Schlucken sowie die Anleitung der Eltern zu diesen Maßnahmen eine existenzielle Pflegemaßnahme dar, die unbedingt den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zuzuordnen sind, da sie nichts mit Grundpflegemaßnahmen zu tun haben. Existenziell deshalb, weil mit dem selbständigen Schlucken wichtige weitere psychomotorische Entwicklungen und Lernschritte einhergehen, die bei Ausbleiben dieser Möglichkeit nur unzureichend durch Logopädie und Psychiatrie ausgeglichen werden können.</p>
<p>Liste ändern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Einreiben (...), • Verabreichung eines Klistiers (...), • Oro/tracheale Sekretabsaugung (...), • Maßnahmen zur Sekretelimination (...), <u>Quinke-Lagerung: vorübergehende Tief-Lagerung des Oberkörpers in</u> 	<p>Grundsätzlich hält der bpa die nunmehr erfolgte gesetzliche Klarstellung zu den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen für zielführend und sachgerecht. Die durch den G-BA gewählte nicht abschließende Aufzählung der Maßnahmen wird seitens des bpa grundsätzlich begrüßt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird allerdings eine Ergänzung der Aufzählung für erforderlich gehalten, um zumindest die relevanten verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen abzubilden und damit Auslegungskonflikte zu vermeiden bzw. zu reduzieren.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkannüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p><u>Bauch- oder Seitenlage zur gezielten Erleichterung des Abhustens von Bronchialsekreten in Verbindung mit der Mobilisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (...), • <u>dermatologisches Teil- od. Vollbad bei der Verrichtung Waschen / Duschen / Baden</u> • <u>Gabe von Schmerzmedikamenten vor/ während der grundpflegerischen Versorgung zur Durchführung der Körperpflege.</u> • <u>Versorgung des Anus praeter durch wechseln der Adhesivplatte in Verbindung mit dem Waschen / Duschen / Baden, Darm- oder Blasenentleerung.</u> 	
<p>Liste ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung <u>oder das medizinische Pflegebad</u> bei der Verrichtung des Waschens / Duschens / Badens, • (...) • Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen 	<p>Bei der Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen fehlt unseres Erachtens im ersten Spiegelstrich das medizinische Pflegebad bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens. Die Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sollte außerdem noch um die ärztlich verordnete Sondernahrung ergänzt werden, da auch in diesem Fall Maßnahmen der Grundpflege (Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) und der Behandlungspflege zeitlich und sächlich zusammenfallen.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>eine Dauerkanüle bei Tracheostoma <u>o-der die Verabreichung ärztlich verordneter Sondennahrung</u> bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) 	
<p>Liste der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) - <u>medizinisches Pflegebad</u> - (...) - (...) Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens <u>bzw. vor dem Aufstehen.</u> 	<p>Bei der Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wurde das „<i>medizinische Pflegebad</i>“ (so das BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 3 zum Pflegebad an Stelle eines normalen Bades und anschließende Hautbehandlung bei einem Neurodermitis-Patienten) vergessen. Beim An- sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens wurde der Zusatz „<i>bzw. vor dem Aufstehen</i>“ nicht aufgeführt.</p>
<p>Position UA HKP:</p> <p>Eine Änderung ist deshalb nicht sinnvoll, um Deckungsgleichheit mit SGB XI zu erhalten. Die Aufzählung nicht abschließend (insbesondere). Psychiatrische HKP-Maßnahmen sind daher ebenfalls umfasst. Die hier gemachten Vorgaben sind auch identisch mit Pflegebegutachtungsrichtlinien des MDS. Die SN zu den neuen Nr. 9 und 10 sind damit ausreichend begründet.</p>	
<p>Beratungsergebnis</p>	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:

„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bett-gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“

Änderungsvorschlag SN

Begründung / Kommentar SN

Änderungen sind nicht erforderlich.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.5.7 zu I.10 des Beschlusses: Dauer der Verordnung durch Krankenhausärzte

<p>In der neuen Nummer 11 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt: „Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.“</p>	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>„Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 <u>bis zu 28</u> Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.</p>	<p>Die im Entwurf genannte Beschränkung, nach der Krankenhausärzte häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung längstens für 3 Tage verordnen können, halten wir für nicht praxistauglich. Eine begrenzte Verordnungsdauer für längstens 3 Tage durch Krankenhausärzte ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen und auch nicht sinnvoll. Die Verordnungsdauer von lediglich 3 Tagen durch den entlassenden Krankenhausarzt ist kurz, wenn man z.B. mögliche Abwesenheiten und Urlaubszeiten des primär versorgenden Vertragsarztes berücksichtigt. Schon bei einer Krankenhausentlassung zum Wochenende oder über Feiertage sind 3 Tage definitiv nicht ausreichend, da der Hausarzt dann vielfach erst später häusliche Krankenpflege verordnen kann. Dieses kann zu Versorgungsbrüchen führen. Durch eine Erhöhung der Verordnungsdauer könnte dies vermieden werden. Die Problematik der begrenzten Verordnungsdauer besteht im Übrigen schon seit Jahren und führt immer wieder zu massiven Problemen in der Praxis. Die AWO fordert diesbezüglich eine Verordnungsdauer von 28 Tagen.</p>
<p>weiteren Satz hinzufügen: <u>Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege für Kinder im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus längstens für 28 Tage verordnen.</u></p>	
<p>(...) längstens jedoch für 3 <u>mindestens jedoch für 14</u> Tage (...)</p> <p>Minimalforderung: (...) längstens jedoch für 3 <u>Arbeitstage</u> (...)</p>	<p>Die Beschränkung der Verordnungsdauer auf 3 Tage halten wir im Sinne des Versicherten für zu kurz und in der Folge für den Versicherten zur Organisation einer ggf. notwendigen Folgeverordnung durch seinen Hausarzt zu aufwändig. Auch ist möglicherweise eine fachlich inhaltlich kontinuierliche Behandlung nicht möglich, wenn der Hausarzt die Art der Behandlung anders einschätzen sollte, als der Krankenhausarzt und die Behandlung nicht wie vom Krankenhausarzt vorgeschlagen fortsetzt. Oftmals wird diese Entscheidung vom Hausarzt auch unter Kostenerwägungen zu Vermeidung der Belastung seines eigenen begrenzten Budgets getroffen. Dies betrifft besonders die Fortsetzung einer im Krankenhaus begonnen modernen Wundversorgung. Damit wird das Ziel häuslicher Krankenpflege nämlich der Sicherung der ärztlichen Behandlung in Frage gestellt.</p> <p>Im Moment der Entlassung aus dem Krankenhaus ist der Krankenhausarzt derjenige, der die Notwendig-</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

In der neuen Nummer 11 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
	<p>keit, den Umfang und die Inhalte der häuslichen Krankenpflege, sprich den medizinisch-pflegerischen Sachverhalt am Besten einschätzen kann. Deshalb sollte die Dauer der Verordnung von häuslicher Krankenpflege nicht auf eine so kurze Zeit beschränkt werden sondern mindestens auf 14 Tage Erstverordnung erweitert werden.</p> <p>Sollte der gemeinsame Bundesausschuss jedoch zu dem Schluss kommen, die Verordnungsdauer für 3 Tage begrenzt aufrecht erhalten zu wollen, sollte zumindest präzisiert werden, dass es sich um 3 Werktage handelt. Häufig werden Patienten am Freitag aus dem Krankenhaus entlassen. Mit der hier vorgeschlagenen Regelung könnten diese nur noch am Montag zu Ihrem Hausarzt gehen um eine kontinuierliche Anschlussversorgung zu erwirken. Dieser Zeitdruck erscheint uns als unnötig und sicherlich nicht im Sinne des Versicherten.</p>
<p>Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage <u>1 Kalenderwoche</u>, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. <u>Bei diesen Verordnungen handelt es sich nicht um Verordnungen im Sinne des § 61 Satz 3 SGB V.</u></p>	<p>Unserer Auffassung nach sollte eine Verordnung durch Krankenhausärzte jedenfalls bis zu 3 <i>Werktagen</i> oder besser einer Kalenderwoche möglich sein. Die vorgesehenen <i>3 Tage</i> sind zu kurz, um den nahtlosen Übergang von stationärer zu ambulanter Krankenbehandlung zu sichern – und damit die Versorgungslücken zu verhindern und die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, vor allem bei Krankenhausentlassungen am Freitag oder vor mehreren Feiertagen.</p> <p>Die Verordnungsdauer für die Krankenhausärzte ist erheblich beschränkt. Deshalb ist unserer Auffassung nach davon auszugehen, dass der Gesetzgeber solche kurzfristigen Verordnungen bei der Formulierung des § 61 Satz 3 nicht vor Augen hatte. Dies ist in den Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien klarzustellen.</p>
<p>längstens mindestens jedoch für 3 <u>5</u> Tage, verordnen,</p>	<p>Aufgrund oft schwieriger Terminvergabe bei niedergelassenen Ärzten und vor allem um die Motivationsarbeit, zum Aufsuchen des Facharztes, bei Patienten mit psychiatrischer Grunderkrankung leisten zu können, sollte die Obergrenze der Ordnungszeit für psychiatrische HKP von 3 auf mind. 5 Tage angehoben werden.</p>
<p>Satz 2 ändern: Krankenhausärzte können verordnen bei vorliegenden Voraussetzungen häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage verordnen, wenn die in der</p>	<p>Der Gesetzgeber hat in seiner Gesetzesbegründung zum GKV-WSG darauf verwiesen, dass die Möglichkeit der Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt den Verwaltungsaufwand vermindern und die Versorgung der Patienten sicherstellen soll. Nach dem vorliegenden Textentwurf soll der Krankenhausarzt rechtzeitig den Hausarzt informieren, damit dieser verordnet. Erreicht der Krankenhausarzt den Hausarzt nicht, hat er dieses zu dokumentieren. Diese Regelung steht im Gegensatz zu der gesetzgeberischen Zielsetzung. Sie vermindert den Verwaltungsaufwand nicht, sie verschärft ihn. Ein derar-</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

<p>In der neuen Nummer 11 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt: „Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.“</p>	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.	tiger Aufwand für eine dreitägige Verordnung ist nicht angemessen und einer unbürokratischen Krankenhausentlassung, z. B. auch an Wochenenden, nicht zuträglich.
Satz ändern: Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.	In der neuen Nummer 11 ist der letzte Teilsatz zu streichen, da auch die neue Nummer 31 nicht aufzunehmen ist. Mit der Ergänzung von Nummer 3 im §92 Absatz 7 SGB V verbindet sich der gesetzliche Wille, Verwaltungsaufwand zu mildern und gleichzeitig zu helfen, Versorgungslücken zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege zu vermeiden und damit den Behandlungserfolg zu sichern. Die angedachte Voraussetzung der dokumentierten Nichterreichbarkeit des Hausarztes für eine VO Häuslicher Krankenpflege durch Krankenhausärzte birgt in sich neuen unnötigen bürokratischen Aufwand. Diese Regelung wird daher vom DBfK als nicht zielführend angesehen. Sie erschwert einen nahtlosen Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege statt ihn, wie gesetzlich beabsichtigt, zu verbessern (vgl. Drucksache 755/06 des Deutschen Bundesrates S. 366).
Position des UA HKP	
<p>SpiK und KBV betonen, dass bei einem vernünftigen Entlassungsmanagement, mit 3 Tagen ausreichend Zeit besteht, in der der ambulant behandelnde Arzt die Versorgung übernehmen kann.</p> <p>Die PatV verweisen darauf, dass in den Stellungnahmen erhebliche Bedenken zu der Vorstellung geäußert wurden, dass eine Dauer von 3 Tagen ausreichend für ein vernünftiges Entlassungsmanagement sei. Vielfach gäbe es Probleme in der Entlassungspraxis an Wochenenden und Feiertagen, an denen häufig kein Vertragsarzt verfügbar ist, um eine entsprechende Verordnung auszustellen. Zur Sicherung der Versorgung an Wochenenden und Feiertagen schlagen die PatV daher eine Dauer von 3 Werktagen vor.</p>	
Beratungsergebnis	
SpiK, KBV: Änderungen sind nicht erforderlich.	
Dissens PatV:	
Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Werktage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.5.8 zu I.11 des Beschlusses: Entlassungsmanagement durch KH-Arzt

<p>Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst: „Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.“</p>	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
Die neue Nummer 31 vollständig streichen.	(Folgeänderung zur Streichung des letzten Teilsatzes in Nr. 11)
Die neue Nr. 31 nicht in RL aufnehmen.	In der neuen Nummer 11 ist der letzte Teilsatz zu streichen, da auch die neue Nummer 31 nicht aufzunehmen ist.
<p>Die Sätze 2 und 3 sind ersatzlos zu streichen. (Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.)</p>	<p>Diese Verfahrensregelung wird nicht befürwortet. Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung ist, die Überleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Krankenpflege leichter und unbürokratischer zu ermöglichen und damit die Kosten für den stationären Aufenthalt zu reduzieren.</p> <p>Durch das vom G-BA vorgesehene Verfahren wird diese Entbürokratisierungsmaßnahme des Gesetzgebers konterkariert. Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Versicherten oder Pflegediensten sind vorprogrammiert. Beide haben keinen Einfluss auf die Kommunikation zwischen Krankenhaus- und Hausarzt. Sie müssen die Gewissheit haben, dass eine vom Krankenhausarzt für drei Tage ausgestellte Verordnung immer genehmigungsfähig ist, unabhängig davon, ob der Krankenhausarzt den Versuch unternommen hat, den zuständigen Hausarzt zu informieren.</p> <p>Des Weiteren stellen sich verschiedene Fragen: Wie soll der Nachweis erbracht werden bzw. wer soll den Nachweis erbringen, dass der Hausarzt nicht erreichbar war? Wie oft muss der Versuch wiederholt werden? Nicht jeder Versicherte hat einen Hausarzt. Wie ist in solchen Fällen zu verfahren?</p> <p>Es sollte außerdem vermieden werden, den Krankenhausarzt mit zusätzlichen bürokratischen Verfahren zeitlich zu belasten und damit weitere Kosten zu produzieren.</p>
<p>beide Sätze ändern: (...) erforderlich, <u>kann er zur nahtlosen Überleitung und Weiterversorgung des Patienten zu Hause eine Verordnung von bis zu 14 Tagen ausstellen. Der Hausarzt wird durch den Krankenhaus-</u></p>	<p>Eine rechtzeitige Information des Hausarztes bei Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt unserer Erfahrung nach bisher nicht. Auch ist für den Krankenhausarzt diese hier vorgeschlagene Lösung im Wesentlichen zu verwaltungsaufwändig und entspricht in ihrer Engführung nicht der Arbeitsrealität in einem arbeitsteiligen Krankenhaus. Unseres Erachtens sollte es deshalb eine regelhafte Verordnungsmöglichkeit des Krankenhausarztes geben, ohne dass er vorher den Hausarzt kontaktieren und diesen Kontakt auch dokumentieren muss. Dies sichert eine nahtlose Überleitung und Versorgung in der Häuslichkeit.</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst:

„Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.“

Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
<p>arzt entsprechend informiert. informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.</p>	<p>Eine Dokumentation könnte zudem ohne irgendeinen Qualitätsverlust auch von anderen Mitarbeitern des Krankenhauses als dem Krankenhausarzt unternommen werden.</p>
<p>Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren <u>kann er für längstens drei Tage die Verordnung für die notwendige häusliche Krankenpflege ausstellen. Hierüber informiert der Krankenhausarzt den behandelnden Hausarzt unverzüglich.</u></p>	<p>An dieser Stelle geht dem VDAB die Regelung nicht weit genug. Wie in der Begründung zum GKV-WSG un schwer zu erkennen ist, war dem Gesetzgeber neben der Optimierung des Übergangs der Patienten von einer Versorgungsform (Krankenhaus) in die nächste (Pflegedienst) vor allem auch die Entbürokratisierung und hier insbesondere die Reduzierung des Verwaltungsaufwandes für die an der Versorgung beteiligten Pflegedienste bei der Beschaffung einer Verordnung für die Patienten in der konkreten Situation sehr wichtig. Dieses Motiv hat der Gesetzgeber unmissverständlich in die Begründung hinein geschrieben.</p> <p><i>Darüber hinaus ist die angestrebte Formulierung nicht kompatibel mit der Nummer 9 der Richtlinie, nach welcher der Hausarzt sich entweder persönlich vom Gesundheitszustand des Patienten überzeugen, oder dieser ihm aus der laufenden Behandlung bekannt sein muss.</i></p> <p>Letztendlich wäre auch eine Mitgabe von Arzneimitteln durch das Krankenhaus nicht möglich, da diese unmittelbar an die Verordnung des Krankenhausarztes geknüpft ist.</p> <p>Es bleibt abzuwarten, ob die hier in der Vergangenheit entstandenen Schwierigkeiten bei der Einholung einer notwendigen Verordnung und die damit in der Regel von dem zugelassenen ambulanten Pflegedienst vor Ort getragenen Risiken bei der Bewilligung von Leistungen beseitigt werden</p>
<p>(...) werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längs-</p>	<p>Im Weiteren wird verlangt, dass der Krankenhausarzt rechtzeitig den jeweiligen Hausarzt über die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege informiert. Dieses Vorgehen wird von der AWO begrüßt. Dass der Krankenhausarzt medizinische Behandlungspflege allerdings nur verordnen</p>

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst: „Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.“	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
tens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.	darf, sofern der Hausarzt nicht zu erreichen ist, lehnen wir ab. Nach unserer Auffassung muss der Krankenhausarzt regelhaft von sich aus die Möglichkeit haben, medizinische Behandlungspflege zu verordnen, da nur er bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus diese Entscheidung medizinisch-pflegerisch begründen kann. In der Folge ist dann auch der Nachsatz, dass der Krankenhausarzt die Nichterreichbarkeit des Hausarztes dokumentieren muss, inadäquat.
Satz 4 hinzufügen: <u>Bei Kindern kann der Krankenhausarzt die Erstverordnung zur Entlassung aus dem Krankenhaus für längstens 28 Tage ausstellen.</u>	Bei Kindern sind zwei Szenarien häufig anzutreffen: 1. Die Kinder (Säuglinge) haben sich noch nicht außerhalb des Krankenhauses aufgehalten, so dass es noch keinen Vertrags-Kinderarzt gibt, der das Kind und die Situation kennt und die erforderlichen Verordnungsinhalte einschätzen kann. Wegen der zu erwartenden erforderlichen umfassenden Versorgung durch den Vertragsarzt, benötigt es Zeit, diesen zu finden und bis dieser die Lage einschätzen kann. 2. Die Krankheitsbilder von Kindern, die HKP benötigen, sind häufig so komplex, schwer und selten, dass der zuständige Vertrags-Kinderarzt den Bedarf an HKP innerhalb von 3 Tagen nicht adäquat einschätzen kann.
längstens mindestens jedoch für 3 5 Tage	Für die psychiatrische HKP muss der niedergelassene Facharzt (grundsätzlich verordnet dieser) informiert werden. Auch hier sollte die Dauer von 3 auf mindestens 5 Tage angehoben werden.
längstens jedoch für 3 4 Tage.	Zur Neufassung der Nummer 31 schlagen wir vor, den Zeitrahmen zur Berechtigung der Verordnung durch den Krankenhausarzt auf vier Tage zu erweitern. Bei Krankenhausentlassung am Freitag ist die Verordnungsdauer bis einschließlich Montag erforderlich, sonst wäre für notwendige Pflegeleistungen am Montagvormittag voraussichtlich eine Lücke, insbesondere auch im haftungsrechtlichen Bereich.
Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbar-	In § 92 Abs. 7 SGB V wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch das GKV-WSG aufgegeben, die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu regeln. Dadurch soll der oftmals enorme Verwaltungsaufwand vermieden werden, der Pflegediensten aus der Einbeziehung des Vertragsarztes in den Verordnungs- und Behandlungsprozess im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt entsteht. Der Gemeinsame Bundesausschuss fordert als Voraussetzung für eine Verordnung häuslicher Krankenpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, dass der Krankenhausarzt <i>rechtzeitig den Hausarzt informiert</i> und nur, wenn <i>der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Nichterreichbarkeit ist zu dokumentieren</i> , eine Verordnung ausstellt. Diese Voraussetzung ist zu streichen. Mit der Gesetzesänderung war keineswegs intendiert, dass der Krankenhausarzt anstelle des Pflegedienstes mit besonderem Verwaltungsaufwand belastet wird.

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst: „Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.“	
Änderungsvorschlag SN	Begründung / Kommentar SN
keit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.	
Position des UA HKP	
s. Ausführungen zur Position des UA HKP zur neuen Nr. 11 der HKP-RL (Kapitel 5.5.7)	
Beratungsergebnis Änderungen sind nicht erforderlich.	
Dissens PatV: (...) längstens jedoch für 3 Werkzeuge (...).	

Änderungsvorschläge der Stellungnehmer: „Änderungen-verfolgen-Modus“. Fettgedruckte Passagen in der Spalte „Änderungsvorschlag SN“: in der Stellungnahme lag kein expliziter Änderungsvorschlag vor. Der implizite Änderungsvorschlag aus dem Begründungstext wurde von der GF für den UA HKP operationalisiert.

5.6 Anhänge

5.6.1 Liste der Stellungnahmeberechtigten nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V, Stand: 18. Oktober 2007

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp) Stellungnahmeberechtigung ist auf psychiatrische Aspekte beschränkt
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK)
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. (DPWV)
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

5.6.2 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

<p style="text-align: center;">Beschluss</p> <p style="text-align: center;">des Gemeinsamen Bundesausschusses</p> <p style="text-align: center;">über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer</p> <p style="text-align: center;">Entscheidung zur Änderung der</p> <p style="text-align: center;">Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:</p> <p style="text-align: center;">Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG</p> <p style="text-align: center;">vom 18. Oktober 2007</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Oktober 2007 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren vor seiner Entscheidung zur Änderung der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) in der Fassung vom 16. Februar 2000 (BAnz. 2000, S. 8874), zuletzt geändert am 15. März 2007 (BAnz. 2007, S. 6395), einzuleiten.</p> <p>Den Organisationen nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V, der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer wird Gelegenheit gegeben, zu folgenden beabsichtigten Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien Stellung zu neh-</p>

men:

I.1 In Nummer 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten und betreute Wohnformen, Arbeitsstätten sein.“

I.2 Der bisherige Satz 2 wird zur neuen Nummer 3; das Wort „Sie“ wird durch die Worte „Die häusliche Krankenpflege“ ersetzt.

I.3 Die bisherigen Nummern 3 bis 8 werden zu den Nummern 4 bis 9.

I.4 Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen) kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität und Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

I.5 In der neuen Nummer 8 wird im dritten Spiegelstrich die Zahl „28“ ersetzt durch

die Zahl „31“.

- I.6 In der neuen Nummer 9 wird nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 eingefügt:
„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann verordnet werden, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.“ Der frühere Satz 3 wird Satz 4.
- I.7 In der neuen Nummer 9 wird im letzten Satz das Wort „dies“ ersetzt durch die Worte „die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“.
- I.8 Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt:
„Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:
- Einreiben mit Dermatika oder oro / tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
 - Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
 - Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
 - Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens / zu-Bettgehens,
 - Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens“
- I.9 Die bisherigen Nummern 9 bis 31 werden zu den neuen Nummern 11 bis 33.
- I.10 In der neuen Nummer 11 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:
„Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus, längstens jedoch für 3 Tage, verordnen, wenn die in der Nr. 31 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.“
- I.11 Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst:
„Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den Hausarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 3 Tage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.“
- II. Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen beträgt 4 Wochen.

Siegburg, den 18. Oktober 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Hess

5.6.3 Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen

per E-Mail am 19.10.2007

per Post am 26.10.2007

Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung des G-BA zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Oktober 2007 beschlossen, vor seiner abschließenden Entscheidung über die Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 7 SGB V bzw. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA den in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen. Der G-BA hat hierfür eine Frist von 4 Wochen eingeräumt.

Bitte senden Sie Ihre **Stellungnahme in elektronischer Form als MS-Word-Datei** bis zum

19. November 2007

an die E-Mailadresse

hkp@g-ba.de.

Wir weisen darauf hin, dass nach diesem Termin eingegangene Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden können. Bitte übersenden Sie Ihre Stellungnahme auch an die Postadresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg.

Mit der Übersendung Ihrer Stellungnahme erklären Sie sich einverstanden, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann. Wir weisen darauf hin, dass die versandten Unterlagen vertraulich zu behandeln sind.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i. A. Dr. med. Dietrich Sonntag

Referent

Anlagen

1. Verteiler

Beschlüsse des G-BA mit Tragenden Gründen über die Änderung der HKP-Richtlinien zur

2. Einfügung einer Generalklausel zur sprachlichen Gleichberechtigung

3. Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG

5.6.4 Anschreiben an Heilberufekammern

per E-Mail am 19.10.2007

per Post am 26.10.2007

Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung des G-BA zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien

Sehr geehrte/r ANREDE,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Oktober 2007 beschlossen, vor seiner abschließenden Entscheidung über die Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien gemäß § 91 Abs. 8a SGB V bzw. § 34 der Verfahrensordnung des G-BA der HEILBERUFEKAMMER Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen. Der G-BA hat hierfür eine Frist von 4 Wochen eingeräumt.

Bitte senden Sie Ihre **Stellungnahme in elektronischer Form als MS-Word-Datei** bis zum

19. November 2007

an die E-Mailadresse

hkp@g-ba.de.

Wir weisen darauf hin, dass nach diesem Termin eingegangene Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden können. Bitte übersenden Sie Ihre Stellungnahme auch an die Postadresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg.

Mit der Übersendung Ihrer Stellungnahme erklären Sie sich einverstanden, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann. Wir weisen darauf hin, dass die versandten Unterlagen vertraulich zu behandeln sind.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i. A. Dr. med. Dietrich Sonntag

Referent

Anlage

Jeweils Beschluss des G-BA mit Tragenden Gründen zur Änderung der HKP-Richtlinien über die

1. Einfügung einer Generalklausel zur sprachlichen Gleichberechtigung
2. Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG
3. Anpassung des Sachverzeichnisses

5.6.5 Erläuterungen für Stellungnehmer

**Tragende Gründe zu dem Beschluss des
Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens
vor einer Änderung der
Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:
Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG**

vom 18. Oktober 2007

1 Rechtsgrundlagen

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege.

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde § 37 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V dahingehend geändert, dass Versicherte nicht nur wie bisher in ihrem Haushalt und ihrer Familie Häusliche Krankenpflege beanspruchen können. Nunmehr ist eine Leistungserbringung auch an sonstigen geeigneten Orten möglich, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen und (als Behandlungspflege) in Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI. Außerdem wurde mit § 37 Abs. 2 S. 1 2. Halbs. SGB V klargestellt, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen vom Anspruch umfasst sind, in denen dieser Hilfebedarf bereits nach §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist. Mit § 37 Abs. 6 SGB V wird der G-BA beauftragt, festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden. Zudem hat er das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im o. g. Sinne zu bestimmen.

Nach § 92 Abs. 7 S. 1 Nr. 3 neuer Fassung sind schließlich Voraussetzungen zu bestimmen, unter denen Häusliche Krankenpflege auch durch den Krankenhausarzt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt verordnet werden kann. Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf werden die genannten Vorgaben des Gesetzgebers umgesetzt.

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

2 Eckpunkte der Entscheidung

Mit Nr. 2. S. 2 wird konkretisiert, an welchen Orten außerhalb des Haushalts oder der Familie Häusliche Krankenpflege erbracht werden kann. Der Anspruch wird an einen regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalt des Versicherten an dem entsprechenden Ort geknüpft sowie daran, ob die verordneten Maßnahmen dort zuverlässig und unter geeigneten räumlichen Bedingungen durchgeführt werden können. Voraussetzung ist wei-

terhin, dass die Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen gerade dort notwendig sind, dass also ein Abwarten bis zur Rückkehr des Versicherten in seinen Haushalt aus medizinischen Erwägungen nicht statthaft wäre.

Mit Nr. 6. wird näher bestimmt, wann in Werkstätten für behinderte Menschen bzw. in Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI von einem besonders hohen Pflegebedarf ausgegangen werden kann - und damit von einem Anspruch auch in solchen Einrichtungen, in denen bereits anderweitiger Anspruch auf Pflegeleistungen besteht.

In Werkstätten für behinderte Menschen ist ein besonders hoher Pflegebedarf dann gegeben, wenn über die Pflichten der Einrichtung hinaus die Ziele der Häuslichen Krankenpflege (Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung oder Sicherung der ärztlichen Behandlungsziele) nur durch den Einsatz einer (zusätzlichen) Pflegefachkraft erreicht werden können.

Bei Patienten in Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI ist besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege dann anzunehmen, wenn eine individuelle behandlungspflegerische Betreuung mangels Planbarkeit der Einsätze rund um die Uhr erforderlich ist oder wenn zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts die ständige Anwesenheit und Bereitschaft einer Pflegekraft notwendig ist.

Satz 3 der Nr. 9 wiederholt die gesetzliche Vorgabe, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann vom Anspruch auf Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V umfasst sind, wenn dieser Hilfebedarf bereits bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist.

Nr. 10. enthält einen nicht abschließenden Katalog solcher Pflegemaßnahmen.

Nr. 11. Satz 2 steht in Zusammenhang mit der neu eingefügten Nr. 31.; nach der Vorgabe des § 92 Abs. 7 S. 1 Nr. 3 SGB V wird zur Sicherstellung eines einzelfallgerechten Krankenhausentlassungsmanagements auch Krankenhausärzten die Möglichkeit eröffnet, Häusliche Krankenpflege zu verordnen.

Nr. 31. normiert die Voraussetzungen für die Verordnung Häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Durch die Verpflichtung des Krankenhausarztes, den Hausarzt rechtzeitig zu informieren und seine Befugnis, im Falle der Nichterreichbarkeit des Hausarztes die Verordnung selbst auszustellen, wird dem Erfordernis eines verbesserten Übergangs von stationärer zu ambulanter Krankenbehandlung Rechnung getragen.

3 **Verfahrensablauf**

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA HKP*	01.03.2007	Beauftragung einer AG, für die vorbereitenden Beratungen zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
AG HKP-WSG**	13.04.2007 29.05.2007 27.06.2007 31.08.2007	Vorbereitende Beratungen zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
UA HKP	06.09.2007	Abschließende Beratungen und Empfehlung an den G-BA zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG in den HKP-Richtlinien
G-BA	18.10.2007	Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Anpassung der HKP-Richtlinien an die Vorgaben des GKV-WSG

*UA HKP = Unterausschuss Häusliche Krankenpflege
**AG HKP-WSG = Arbeitsgruppe des UA HKP zur vorbereitenden Beratung der
Umsetzung der Vorgaben aus dem GKV-WSG in den HKP-
Richtlinien

Siegburg, den 18. Oktober 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess