



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Zusammenfassende Dokumentation

**Änderung der
Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:**

**Versorgung von chronischen und schwer
heilenden Wunden**

Stand: 11. Dezember 2019

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss.....	1
A-1	Rechtsgrundlage.....	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-2.1	Einleitung.....	1
A-2.2	Umsetzung des gesetzlichen Auftrages.....	1
A-2.2.1	Änderung in § 1 Absatz 3.....	2
A-2.2.2	Änderung in § 3.....	2
A-2.2.3	Änderung in § 7.....	3
A-2.2.4	Änderungen des Leistungsverzeichnisses	3
A-2.2.4.1	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung.....	4
A-2.2.4.2	Nummer 31 Wundversorgung einer akuten Wunde	5
A-2.2.4.3	Nummer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.....	6
A-2.2.4.4	Nummer 31b (An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen)	7
A-2.2.4.5	Nummer 31c (An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden)	7
A-3	Würdigung der Stellungnahmen.....	7
A-4	Bürokratiekostenermittlung	8
A-5	Verfahrensablauf	9
A-6	Beschluss	10
A-7	Anhang.....	1
A-7.1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	1
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA.....	2
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	2
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	3
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	3
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	4
B-4.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	4
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	5
B-5.1	Beschlussentwurf.....	6
B-5.2	Tragende Gründe	14
B-6	Schriftliche Stellungnahmen.....	25
B-6.1	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	25
B-6.1.1	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen.....	25
B-6.1.2	Stellungnahmen zur Änderung in § 1 Absatz 3.....	29
B-6.1.3	Stellungnahmen zur Änderung in § 3 Absatz 4.....	40

B-6.1.4	Stellungnahmen zur Änderung in § 7 Absatz 2.....	58
B-6.1.5	Stellungnahmen zur Änderung in § 7 Absatz 4.....	66
B-6.1.6	Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	81
B-6.1.7	Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.31 (neu), akute Wunden	115
B-6.1.8	Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.31a (und 31b PatV).....	132
B-6.1.9	Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr. 31b (31c PatV).....	189
B-6.1.10	Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr. 31c (31d PatV).....	194
B-7	Mündliche Stellungnahmen.....	199
B-7.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	199
B-7.2	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen	201
B-8	Würdigung der Stellungnahmen.....	202
B-9	Anhang: Stellungnahmen.....	204
B-9.1	Schriftliche Stellungnahmen	204
B-9.2	Mündliche Stellungnahmen.....	205
B-9.2.1	Wortprotokoll der Anhörung	205
C	Bürokratiekostenermittlung.....	214

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abs.	Absatz
ABVP	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
AG	Arbeitsgruppe
APH	Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
B.A.H.	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.
bad	Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BfDI	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BHK	Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
bzw.	beziehungsweise
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRK	Deutsches Rotes Kreuz e. V.
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HKP-RL	Häusliche Krankenpflege Richtlinie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Lfd. Nr.	Laufende Nummer
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PatV	Patientenvertretung
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
vgl.	vergleiche
ZWST	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

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

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) ist der G-BA beauftragt worden, in der HKP-RL das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu regeln. Entsprechend der Neuregelung in § 37 Absatz 7 SGB V kann die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit als HKP-Leistung erfolgen.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 Einleitung

In der Fachliteratur besteht weitgehende Einigkeit, Wunden dann als chronisch zu bezeichnen, wenn diese innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung – hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle – unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen. Die Prävalenz von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland beträgt ca. 0,4%. Häufig leiden Patientinnen und Patienten mit solchen Erkrankungen unter großer Krankheitslast und die Versorgung erfordert einen hohen medizinischen und vor allem pflegerischen Aufwand.

Zudem sind Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Wunde stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Daher kommt der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden eine besondere Bedeutung zu. Sie erfordert ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz und hygienischen Voraussetzungen, damit eine fachgerechte Wundversorgung möglich ist. Zu den häufigsten Arten chronischer Wunden zählen das Ulcus cruris venosum, das Ulcus cruris arteriosum, das ulcus cruris mixtum, der Dekubitus und das diabetische Fußsyndrom.

A-2.2 Umsetzung des gesetzlichen Auftrages

Mit der vorliegenden Änderung der HKP-RL werden zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages präzisierende Regelungen zur Verordnung der Leistung, der ärztlichen Zielsetzung sowie zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Akteure getroffen.

Dabei ist das Ziel vor allem, den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, länger in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben und durch die Stärkung der ambulanten Wundversorgung Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Mit den Änderungen wird den Besonderheiten der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden Rechnung getragen.

A-2.2.1 Änderung in § 1 Absatz 3

In § 1 Absatz 2 der bisher gültigen Fassung der HKP-RL werden die Orte, an denen häusliche Krankenpflege zuverlässig erbracht werden kann, geregelt. Eine Versorgung außerhalb des Haushalts ist demnach an sonstig geeigneten Orten möglich, 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. 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 (vgl. Beschluss vom 17.01.2008).

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden außerhalb der Häuslichkeit lässt sich unter den vorgenannten Voraussetzungen nicht subsumieren, da es an den regelmäßig wiederkehrenden Aufhalten des Versicherten und der Notwendigkeit der Versorgung an diesen Orten fehlt. Folglich wurde aufgrund der gesetzlichen Neuregelung ein neuer Absatz 3 eingefügt, in dem die Voraussetzungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden außerhalb der Häuslichkeit konkretisiert werden. Die nachfolgenden Absätze des § 1 verschieben sich um je eine Ziffer.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum § 37 Absatz 7 SGB V wird durch die diesbezügliche Neuregelung eine moderate Öffnung des Leistungsortes zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorgenommen, ohne das verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Dies wird durch den G-BA im Rahmen der nachfolgenden Regelungen sichergestellt.

Der hier in Rede stehende Personenkreis mit einer chronischen und schwer heilenden Wunde sollte vorrangig in der Häuslichkeit der oder des Versicherten versorgt werden. Dadurch bleiben der oder dem Versicherten belastende Fahrtwege erspart. Wenn die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde in der Häuslichkeit nicht möglich ist und zwingend in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen muss, wird das durch die Neuregelung in § 1 Absatz 3 nunmehr ermöglicht.

Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Häuslichkeit für die entsprechende Wundversorgung nicht die ausreichende Gewähr für die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde unter hygienischen Bedingungen erfüllt oder eine besondere räumliche Ausstattung erforderlich ist.

Ist eine Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Leistungserbringer außerhalb der Häuslichkeit unter den vorgenannten Bedingungen erforderlich, können Leistungen entsprechend Nummer 31a des Leistungsverzeichnisses verordnet werden.

A-2.2.2 Änderung in § 3

Der neu eingefügte Absatz 4 dient der Klarstellung der Rechtslage.

In der Praxis kommt es vermehrt zu Verordnungsanforderungen seitens der Leistungserbringer, z.B. für Verbandsmittel, die von der eigentlichen Verordnung der Ärztin/des Arztes abweichen. Der Einsatz von entsprechenden Verbandsmaterialien hängt von der medizinischen Notwendigkeit ab. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Ziel ist eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden. Dafür bedarf es einer entsprechenden Verständigung aller Beteiligten, wobei die medizinische Verantwortung bei der Ärztin/ bei dem Arzt liegt. Kosten, die in Verbindung mit einer Abweichung von der Verordnung für Verbandsmittel entstehen, gehen nicht zu Lasten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes, sondern zu Lasten des Leistungserbringers. Das Nähere zur Verordnung von Verbandsmaterialien wird in der Arzneimittel-Richtlinie geregelt.

A-2.2.3 Änderung in § 7

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin oder Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten ist in der Wundversorgung unerlässlich. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden bedingt eine enge Absprache zwischen allen Beteiligten. Veränderungen im Heilungsverlauf fallen besonders während der regelmäßigen Verbandswechsel auf. Über diese berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. Bei Bedarf kann eine Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation den Informationsaustausch unterstützen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet dann über die erforderlichen Maßnahmen. Die Therapiehoheit und Verantwortungen liegen bei der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt ebenso wie die Koordination.

A-2.2.4 Änderungen des Leistungsverzeichnisses

Die Struktur des Leistungsverzeichnisses wird im Vergleich zur bisherigen Regelung zur Wundversorgung in den Leistungsnummern 12 und 31 bis 31a neu gegliedert, um die Wundversorgung von den nicht wundspezifischen Leistungen (z.B. An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden) zu trennen.

Zudem wird die Wundversorgung in gesonderte Leistungsnummern entsprechend der Wundart unterteilt (Leistungsnummer 31 und 31a). Durch diese Ausdifferenzierung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zur Wundversorgung erfolgt eine bedarfsgerechte Versorgung. Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V bzw. die Vertragspartner nach § 132a Absatz 4 SGB V können auf dieser Grundlage eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur vornehmen.

Die jeweiligen Leistungsbeschreibungen zur Wundversorgung wurden unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse (systematische Literaturrecherche nach Leitlinien zur Fragestellung Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden, einschlägige AWMF-Leitlinien¹, Expertenstandard des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege², Expertenbefragung) überarbeitet. Dabei wurden insbesondere folgende Anpassungen vorgenommen:

- Unterteilung der Leistung für akute oder chronische und schwer heilende Wunden,
- in den jeweiligen Leistungsbeschreibungen wird die Zielsetzung der Behandlung konkretisiert,
- die enge Abstimmung des Leistungserbringers mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt wird vorgegeben, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, sowie
- die Vorgaben zur Dokumentation und Beurteilung des Therapieverlaufes werden konkretisiert,
- zudem wird die Abpolsterung zum Beispiel als Leistungsbestandteil bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ermöglicht.

Zielsetzung des Gesetzgebers ist eine im Vergleich zum Status quo bessere Wundversorgung. Dazu zählt neben den verbesserten Leistungsansprüchen auch eine intensivere Zusammenarbeit zwischen dem Pflegedienst/Leistungserbringer und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt. Versorgungs- und Informationsbrüche erschweren die Wundversorgung. Die Wunddokumentation ist eine essentielle Basis für die Kommunikation mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt, da diese oder dieser den Wundheilungsverlauf so besser nachvollziehen kann. Auf dieser Grundlage kann die Behandlung besser gesteuert und

¹ S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“, Stand 12.06.2012 (Leitlinie wird z.Zt. überarbeitet)

² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden: 1. Aktualisierung 2015; einschließlich Kommentierungen und Literaturstudie. Osnabrück; Hochschule Osnabrück; 2015.

optimiert werden. U.a. hat der G-BA nach § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V die Verordnung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren ärztlicher Zielsetzung sowie den Inhalt und die Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus zu regeln. Daher wurde in den Leistungsnummer 31 und 31a geregelt, dass der Pflegedienst eine Wunddokumentation führen muss, in der konkretisierende Angaben zur Wunde gemacht werden.

Der G-BA geht aufgrund der bisherigen Regelung in Nr. 12 davon aus, dass auch jetzt schon im Rahmen der Wundversorgung eine Wunddokumentation der insbesondere für eine Verlaufsbeurteilung wichtigen Kriterien wie Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen sowie ggf. eine Fotodokumentation stattfindet. Der G-BA übernimmt mit der Aufführung dieser Kriterien in den Leistungsnummer 31 und 31a diese übliche Praxis.

Dabei kann auch eine Fotodokumentation der Wunde geführt werden, um den Heilungsverlauf besser beurteilen zu können. Durch diese Regelungen sollen Heilungsverläufe unter laufender Therapie, insbesondere für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt besser nachvollzogen werden können.

Auf Grundlage der Wund- und ggf. Fotodokumentation, der weiteren Informationen aus der Pflegedokumentation und ggf. dem dokumentierten Positionswechsel soll die Ärztin oder der Arzt prognostisch einschätzen, ob die verordnete Therapie erfolgreich ist und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Zu diesem Zweck soll die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt vor Ausstellung einer Folgeverordnung die entsprechenden Dokumente einsehen und die darin enthaltenen Informationen auswerten.

Zielsetzung dabei ist, die Wundversorgung insgesamt zu verbessern, indem frühzeitig bei Problemen gegengesteuert werden kann. Dabei handelt es sich um keine grundlegende Neuregelung. Gleiches war bereits in der Bemerkungsspalte der Nr. 12 geregelt.

Für die fachgerechte Berücksichtigung der Prinzipien der Druckentlastung oder Kompression ist die genaue Bezeichnung der Wundart bei der Verordnung von entscheidender Bedeutung.

Die Besonderheiten zu den einzelnen Leistungsnummern werden nachfolgend genannt.

A-2.2.4.1 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Zur Nomenklatur:

Das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), das National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und die Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) haben eine internationale Definition und Klassifikation von Dekubitus entwickelt und in der „Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline“ im Jahr 2014 veröffentlicht. Mit der Klassifikation wurde durch den Begriff „Kategorie“ eine Formulierung gewählt, der keine hierarchische Bezeichnung ausdrückt, sodass berücksichtigt wird, dass ein Fortschreiten des Schweregrades der Hautschädigung von I nach II bzw. II nach III oder III nach IV nicht immer der Fall ist.

Die EPUAP und NPUAP haben bereits 2009 festgestellt, dass die bisher bestehenden Definitionen und die Unterschiede der Gewebsschädigung die gleichen sind, auch dann, wenn die Bezeichnung in einzelnen Gruppen unterschiedlich sein kann (Stufe, Schweregrad oder Kategorie). Die Autoren der Leitlinie erkennen an, dass es einen großen Bekanntheitsgrad der bisherigen Bezeichnungen gibt und empfehlen vor Ort denjenigen Begriff (Stufe, Schweregrad oder Kategorie) zu nutzen, der am klarsten und verständlichsten ist. Vor diesem Hintergrund wird in der HKP-RL die auch bisher verwendete Bezeichnung „Grad“ im Sinne von Kategorie beibehalten.

Zu den Verordnungsvoraussetzungen:

Ein Dekubitus besteht nicht erst, wenn mindestens ein oberflächlicher Hautdefekt vorliegt. Vielmehr besteht der Grad 1 bereits bei nicht wegdrückbarer Rötung intakter Haut³. Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Die Verordnungsfähigkeit des Positionswechsels wurde daher an diese Zielsetzung angepasst und im Rahmen einer separaten Nummer im Leistungsverzeichnis bereits ab Dekubitus Grad 1 geregelt. Die bisher in der Nr. 12 geregelte Wundversorgung zur Dekubitusbehandlung wurde nun in den neuen Nummern des Leistungsverzeichnisses 31 und 31a aufgenommen.

Sofern eine Wundversorgung des Dekubitus notwendig ist, ist die Leistung des Positionswechsels zur Dekubitusbehandlung nur in Kombination mit der Ziffer 31 oder 31a verordnungsfähig. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass bei Vorliegen eines Dekubitus mit Bedarf einer Wundversorgung der Therapieerfolg der Druckentlastung durch eine adäquate Wundversorgung unterstützt wird. Der Positionswechsel erfolgt in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle. Um eine Verschlimmerung des Dekubitus zu vermeiden, ist eine enge Kontrolle durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt notwendig, ob die bisher erbrachten Maßnahmen geeignet sind, das Fortschreiten des Dekubitus zu verhindern und eine Heilung zu ermöglichen.

Angehörige oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen - auch unter Bezugnahme der Leistung Anleitung nach Nr. 7 des Leistungsverzeichnisses - den erforderlichen Positionswechsel selbstständig übernehmen, soweit das möglich ist. Diese Regelung wurde aus der bestehenden Leistung Dekubitusbehandlung nach Nr. 12 übernommen.

Wie bei den übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses wurden klarstellend Angaben zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen ergänzt.

A-2.2.4.2 Nummer 31 Wundversorgung einer akuten Wunde

Die Verordnung der HKP gemäß Nr. 31 beinhaltet ausschließlich die Behandlungspflege für behandlungsbedürftige akute Wunden, bei der ein Wundverband indiziert ist.

Eine Versorgung von akuten Wunden nach dieser Nummer in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit ist nicht erforderlich und daher auch nicht verordnungsfähig. Dies deckt sich mit dem Gesetzeswortlaut, da die Versorgung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit ausschließlich bei chronischen und schwer heilenden Wunden ermöglicht wurde.

Akute behandlungsbedürftige Wunden zeichnen sich durch einen äußeren oder inneren Substanzdefekt eines Gewebes mit Verlust des Gewebezusammenhangs aus, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilen. Beispiele können sein:

- mechanisch (Schürf-, Stich-, Schnitt-, Riss-, Quetsch-, Biss-, Schusswunden),
- Ablederung, Amputation,
- thermisch (Verbrennungen bis Grad 2a, Erfrierungen),
- Sinus pilonidalis.

Bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten ist davon auszugehen, dass diese Wunden einen unkomplizierten Heilungsverlauf nehmen. Die Versorgung dieser Wunden ist in der Regel durch Pflegefachkräfte möglich; eine darüberhinausgehende Qualifikation ist grundsätzlich nicht erforderlich.

³ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European National Pressure Ulcer Advisory panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline [online]. Washington (USA): NPUAP; 2014. [Zugriff: 28.08.2017]. URL: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

Zeigt eine Wunde innerhalb von maximal zwölf Wochen nach Wundentstehung unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen, ist die Verordnung der Nummer 31a zu prüfen.

A-2.2.4.3 Nummer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Die Nr. 31a kann verordnet werden, wenn eine behandlungsbedürftige Wunde, bei der ein Wundverband indiziert ist, voraussichtlich nicht innerhalb von maximal zwölf Wochen nach Wundentstehung unter fachgerechter Therapie Heilungstendenzen zeigt.

Chronische und schwer heilende Wunden können insbesondere sein:

- Diabetisches Fußsyndrom,
- Dekubitus,
- Ulcus Cruris venosum, arteriosum, mixtum,
- Schwere Verbrennungen.

Ist bei einer neu aufgetretenen Wunde hinreichend deutlich, dass die Wunde nicht innerhalb von 12 Wochen abheilen wird und eine Entwicklung zu einer chronischen und schwer heilende Wunde trotz leitliniengerechter Therapie nicht abgewendet werden kann, können Leistungen nach Nr. 31a verordnet werden. Eine vorherige Verordnung von Leistungen nach Nr. 31 ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Dies ist auf der Verordnung anzugeben.

Zur Anleitung gemäß Nr. 31a

Zielsetzung des Gesetzgebers ist die verbesserte Wundversorgung. Aus Sicht des G-BA ist dies nur zu erreichen, wenn neben der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt auch der spezialisierte Leistungserbringer die Patientin oder den Patienten in Bezug auf wundspezifische Maßnahmen zur Wundheilung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen anleitet. Daher ist nach dem individuellen Bedarf der Patientin oder des Patienten die Anleitung Bestandteil der Leistung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden gemäß Nr. 31a.

Zu den spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden:

Die Anforderungen an die Wundversorgung bei chronischen und schwer heilenden Wunden sind so hoch, dass eine Versorgung durch einen nicht spezialisierten Leistungserbringer grundsätzlich nicht ausreichend ist, um den Behandlungserfolg – die Heilung oder die Vermeidung einer Verschlimmerung der Wunde - zu sichern, da die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden regelmäßig eine besondere pflegfachliche Kompetenz voraussetzt, die die Wundversorgung von akuten Wunden gemäß Nr. 31 übersteigt. Die fachlichen Anforderungen sind daher nur gewährleistet, wenn die durchführenden Pflegefachkräfte entsprechende wundspezifische Weiterbildungen haben.

Deshalb ist für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ein spezialisierter Leistungserbringer erforderlich. Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser insbesondere besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).

Das Nähere zu den besonderen strukturellen Anforderungen an die Leistungserbringung im Rahmen der Nr. 31a regeln die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V sowie die Vertragspartner nach § 132a Absatz 4 SGB V.

Durch die Einfügung des Begriffes „soll“ wird dennoch ermöglicht, dass im Einzelfall auch nicht spezialisierte Pflegedienste die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden entsprechend Nr. 31a versorgen können, wenn kein auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisierter Pflegedienst die Versorgung übernehmen kann.

Sollte die Versorgung nach Nr. 31a durch einen nicht spezialisierten Pflegedienst erfolgen, sind kürzere Verordnungszeiten und eine engmaschige Kontrolle sinnvoll.

Ferner wird geregelt, dass wenn im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ein spezialisierter Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt ist (siehe Nr. 31a), die Wundversorgung ausschließlich durch diesen Leistungserbringer zu erfolgen hat. Dadurch sollen Versorgungsbrüche ausgeschlossen und die Versorgung aus einer Hand gewährleistet werden. Die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die nicht die Wundversorgung betreffen, können auch durch andere Pflegedienste erbracht werden. Voraussetzung ist, dass ein enger Informationsaustausch und eine enge Abstimmung der beteiligten Pflegedienste / Leistungserbringer untereinander als auch mit der verordnenden Ärztin oder mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Die Beteiligten haben dies sicherzustellen, um das bestmögliche Versorgungsniveau zu ermöglichen.

A-2.2.4.4 Nummer 31b (An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen)

Die Verordnung von HKP zur Kompressionstherapie mit ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV oder einem Kompressionsverband wird in einer separaten Leistungsnummer geregelt. Die Inhalte entsprechen der bisherigen Regelung.

A-2.2.4.5 Nummer 31c (An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden)

Auch die Verordnung des An- und Ablegens von stützenden und stabilisierenden Verbänden im Rahmen der Behandlungspflege wird in einer separaten Leistungsnummer geregelt. Die Inhalte wurden klarstellend um das Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden und um eine Beschreibung der Verordnungsvoraussetzungen ergänzt.

A-3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation dokumentiert.

Im Ergebnis der Auswertung wurden folgende Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen:

- Der Beschlussentwurf wird in I. Ziffer 1 Buchstabe c) wie folgt geändert:
In Satz 2 werden die Wörter „*individuellen Situation*“ durch die Wörter „*Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit*“ ersetzt.

Zudem wird folgender Satz 3 eingefügt: „*Dies muss aus der Verordnung hervorgehen*“. Der alte Satz 3 wird Satz 4.

- Der Beschlussentwurf wird in I. Ziffer 2 Buchstabe a) wie folgt geändert:
Nach dem Wort „*sind*“ wird das Wort „*zunächst*“ eingefügt und die Wörter „*die Genehmigung*“ werden ersetzt durch die Wörter „*bei Vorliegen der Genehmigung an diese*“.
- KBV, PatV Der Beschlussentwurf wird in I. Ziffer 3 Buchstabe c) wie folgt gefasst:
„*In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:*

„Sofern ein Hausbesuch nicht erfolgt, kann sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bei Bedarf die Pflegedokumentation in Kopie vom Pflegedienst anfordern.“

[Anmerkung: Der Plenumsbeschluss führte zur Streichung und einer Ergänzung in I. Ziffer 3 Buchstabe b).]

- Der Beschlussentwurf wird in II. Ziffer 1 wie folgt geändert:

In der Bemerkungsspalte wird Satz 2 durch folgende Sätze 2 und 3 ersetzt: *„Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig. Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit der Nr. 31 oder 31a verordnungsfähig.“*

Satz 8 wird wie folgt gefasst: *„Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen).“*

In Satz 9 werden die Wörter *„das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan“* ersetzt durch die Wörter *„den dokumentierten Positionswechsel“*.

- Der Beschlussentwurf wird in II. Ziffer 2 wie folgt geändert:

In der Leistungsbeschreibungsspalte zur Nr. 31 wird der Halbsatz *„In Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt“* gestrichen.

In der Bemerkungsspalte zur Nr. 31 werden in Satz 8 die Wörter *„das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan“* ersetzt durch die Wörter *„den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12)“*.

In der Bemerkungsspalte zur Nr. 31a werden in Satz 4 nach dem Wort *„Verschlimmerung“* die Wörter *„sowie eine Symptomlinderung“* ergänzt.

In der Bemerkungsspalte zur Nr. 31a werden in Satz 17 die Wörter *„das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan“* ersetzt durch die Wörter *„den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12)“*.

PatV: Die Nr. 31b *„Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“* gemäß Vorschlag der PatV wird gestrichen und die Nr. 31a gemäß Vorschlag KBV, DKG, GKV-SV konsentiert.

A-4 Bürokratiekostenermittlung

Durch die Ergänzung in § 1 Absatz 3 der HKP-RL um Satz 3 wird eine bereits bestehende Informationspflicht erweitert und die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch außerhalb der Häuslichkeit in spezialisierten Einrichtungen möglich.

Mit Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung hinsichtlich der moderaten Öffnung des Leistungsortes werden Ärztinnen und Ärzte zukünftig verpflichtet bei der Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb des Haushalts auf der Verordnung eine medizinische Begründung anzugeben.

Für die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt geht diese dokumentarische Verpflichtung mit einem erhöhten bürokratischen Aufwand einher. Aufgrund der voraussichtlich geringen Fallzahl sowie des durch die Verordnung entstehenden Sowiekostenanteils dieser Dokumentation wird auf eine Abschätzung der Bürokratiekosten verzichtet.

Verordnenden Ärztinnen und Ärzten entsteht zudem durch die voraussichtlich höhere Zahl der Leistungsberechtigten aufgrund der Verordnungsmöglichkeit eines Positionswechsels zur Dekubitusbehandlung Grad I mit einer Verordnungsdauer von sieben Tagen ein höherer Aufwand. Es ist davon auszugehen, dass sich durch die vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von HKP-Verordnungen leicht erhöht und damit auch mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden muss. Aufgrund des im Vergleich zur Gesamtzahl aller HKP-Verordnungen erwarteten leichten Anstiegs der jährlichen Fallzahl, wird auf eine Ausweitung der Bürokratiekosten verzichtet.

Auch den Pflegediensten entsteht im Einzelfall Aufwand für das Kopieren und Versenden von Auszügen der Pflegedokumentation an die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt. Grundsätzlich ist diese Form der Informationsübermittlung auch bislang schon möglich. Insofern kann derzeit auch nicht geschätzt werden, wie häufig die verordnenden Ärztinnen und Ärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden.

A-5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.04.2017		Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) wurde der § 37 SGB V zur Versorgung von Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden um einen neuen Absatz 7 ergänzt. Mit dieser Gesetzesänderung verbunden ist ein Auftrag an den G-BA, das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu regeln.
18.05.2017	G-BA	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO
18.05.2017	G-BA	Beauftragung des UA VL mit dem Beratungsverfahren zur Prüfung einer Ergänzung der HKP-RL bezüglich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden.
14.12.2018	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO)
22.05.2019	UA VL	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und Anhörung
10.07.2019	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
15.08.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)
05..11.2019		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>
05.12.2019		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
06.12.2019		Inkrafttreten

Berlin, den 15. August 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-6 Beschluss



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege- Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Vom 15. August 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. August 2019 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), zuletzt geändert am 20. Juni 2019 (BAnz AT 22.08.2019 B4), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „5“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:
„(3) Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen. Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach Satz 1 und 2 ist die Leistung nach Nr. 31a zu verordnen.“
- d) Aus den bisherigen Absätzen 3, 4, 5 und 6 werden die Absätze 4, 5, 6 und 7.
- e) Im neuen Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „5“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.

2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.“
 - b) Die bisherigen Absätze 4, 5, 6 und 7 werden zu den Absätzen 5, 6, 7 und 8.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten“.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.“

II. Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird

1. die Nummer 12 wie folgt gefasst:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
„12.	<p>Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</p> <p>Ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.</p>	<p>Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung.</p> <p>Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig. Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit der Nr. 31 oder Nr. 31a verordnungsfähig.</p> <p>Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen durch Anleitung (Nr. 7) dazu befähigt werden, soweit möglich die Lagerung selbstständig übernehmen zu können.</p> <p>Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann (Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus).</p> <p>Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad des Dekubitus anzugeben. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind soweit bekannt auf der Verordnung zu nennen.</p> <p>Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen).</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt den dokumentierten Positionswechsel sowie gegebenenfalls das Wundprotokoll, gegebenenfalls die Fotodokumentation (siehe Nr. 31 und 31a) und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Leistung erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p>	<p>Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage.</p> <p>Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.“</p>

3

2. die Nummer 31 gestrichen und folgende neue Nummern 31, 31a, 31b, 31c eingefügt und wie folgt gefasst:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
„31.	<p>Wundversorgung einer akuten Wunde</p> <p>Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.</p>	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige akute Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine akute Wunde tritt nach einer Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilt.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung.</p> <p>Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben. Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen siehe Drainagen, Überprüfen, Versorgen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, gegebenenfalls die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p> <p>Durch den Pflegedienst sind eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und gegebenenfalls zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuten</p>	<p>Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p>

4

		Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.	
31a	<p>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</p> <p>In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.</p>	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab. Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 verordnet wurden.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung. Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie eine Symptomlinderung sein, wenn eine Wundheilung aufgrund der individuellen Situation wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann.</p> <p>Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.</p> <p>Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).</p> <p>Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen (z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten).</p> <p>Wird die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch einen spezialisierten Leistungserbringer erbracht, erfolgt die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen spezialisierten Versorgungsbedarfs nur durch diesen Leistungserbringer.</p> <p>Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer</p>	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.

5

		<p>untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.</p> <p>Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Insbesondere bei einem Ulcus cruris venosum ist die ergänzende Kompressionstherapie (Nr. 31b) erforderlich, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.</p> <p>Das Anlegen und das Wechseln von Wundverbänden bei chronischen Wunden erfolgt begleitend/ergänzend zur Therapie der der chronischen Wunde zugrundeliegenden Erkrankung.</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert verordnungsfähig ist die bedarfsweise Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen, insbesondere der Druckentlastung und Bewegungsförderung, sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression.</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, gegebenenfalls die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p> <p>Durch den Leistungserbringer ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und</p>	
--	--	--	--

6

		gegebenenfalls zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.	
31b	<p>An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV</p> <p>Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes</p>	<p>Ziel ist die Wundheilung (z.B. Ulcus cruris venosum, mixtum), Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses.</p> <p>Erfasst von dieser Leistungsnummer sind ausschließlich ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen, wenn die Kompressionstherapie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist.</p> <p>Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben.</p> <p>Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</p> <p>Das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- oder ausziehen können bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- oder ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder 	Jeweils 1 x täglich.

7

		<ul style="list-style-type: none"> - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Zur Ermöglichung eines selbständigen An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/Kompressionstrumpfhosen ist jeweils die Verordnung von Anziehhilfen in Betracht zu ziehen.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität.</p> <p>Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).</p>	
31c	<p>An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss</p>	<p>Das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die stützenden und stabilisierenden Verbände nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die stützenden oder stabilisierenden Verbände selbstständig an- und abzulegen (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder 	Bis zu 2 Wochen, jeweils 1 x täglich."

8

		<ul style="list-style-type: none"> - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	
--	--	---	--

III. In dem Leistungsverzeichnis Abschnitt „Vorbemerkungen“ Satz 1 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.

IV. Das Sachverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. Nach dem Wort „Dekubitusbehandlung“ wird die Angabe „(Positionswechsel)“ ergänzt.
2. In der Zeile mit dem Wort „Dekubitusprophylaxe“ in der linken Spalte und „Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege“ in der rechten Spalte wird die Angabe „/ Behandlungspflege“ gestrichen.
3. In der Zeile mit den Wörtern „Bandagen, An- und Ablegen“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Körperpflege (Nr. 4) Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ durch die Angabe „Siehe An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden (Nr. 31c)“ ersetzt.
4. In der Zeile mit den Wörtern „Drainagen, Überprüfen von“ in der linken Spalte und der Angabe „Nr. 13 Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ durch die Angabe „Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)“ ersetzt.
5. In der Zeile mit den Wörtern „Kompressionsstrümpfe/ -verband“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Körperpflege (Nr. 4) Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ durch die Angabe „Siehe An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (Nr. 31b)“ ersetzt.
6. Die Zeile mit dem Wort „Verbände“ in der linken Spalte und der Angabe „Nr. 31“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
7. Die Zeile mit den Wörtern „Wunden, Behandeln und Pflegen“ in der linken Spalte und „Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
8. In der Zeile mit den Wörtern „Wund- und Fisteldrainagen“ in der linken Spalte und „Siehe Verbände (Nr. 31)“ sowie „Siehe Drainagen, Überprüfen von (Nr. 13)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ gestrichen und durch die Angabe „Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)“ ersetzt.

9

9. In die linke Spalte werden nach der Zeile „Wundschnellverbände“ in einer neuen Zeile die Wörter „Wundversorgung einer akuten Wunde“ und in die rechte Spalte die Angabe „Siehe Nr. 31“ eingefügt.
10. In die linke Spalte werden nach der neuen Zeile „Wundversorgung einer akuten Wunde“ in einer weiteren neuen Zeile die Wörter „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ und in die rechte Spalte die Angabe „Siehe Nr. 31a“ eingefügt.
11. In der Zeile mit dem Wort „Wundschnellverbände“ in der linken Spalte und der Angabe „siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ gestrichen und durch die Angabe „Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)“ ersetzt.

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

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

Berlin, den 15. August 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

10

**Bundesministerium für Gesundheit****Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden****Vom 15. August 2019**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. August 2019 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), zuletzt geändert am 20. Juni 2019 (BAnz AT 22.08.2019 B4), wie folgt zu ändern:

I.

Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „5“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:
„(3) Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen. Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach Satz 1 und 2 ist die Leistung nach Nr. 31a zu verordnen.“
- d) Aus den bisherigen Absätzen 3, 4, 5 und 6 werden die Absätze 4, 5, 6 und 7.
- e) Im neuen Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „5“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:
„Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.“
- b) Die bisherigen Absätze 4, 5, 6 und 7 werden zu den Absätzen 5, 6, 7 und 8.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
„Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten“.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Anforderung durch die Ärztin oder den Arzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.“

Die PDF-Datei der amtlichen Veröffentlichung ist mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen. Siehe dazu Hinweis auf Infoseite.



II.

Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird

1. die Nummer 12 wie folgt gefasst:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
„12.	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung Ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.	Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig. Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit der Nr. 31 oder Nr. 31a verordnungsfähig. Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen durch Anleitung (Nr. 7) dazu befähigt werden, soweit möglich die Lagerung selbstständig übernehmen zu können. Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann (Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus). Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad des Dekubitus anzugeben. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind soweit bekannt auf der Verordnung zu nennen. Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen). Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt den dokumentierten Positionswechsel sowie gegebenenfalls das Wundprotokoll, gegebenenfalls die Fotodokumentation (siehe Nr. 31 und 31a) und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Leistung erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.	Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage. Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.“

2. die Nummer 31 gestrichen und folgende neue Nummern 31, 31a, 31b, 31c eingefügt und wie folgt gefasst:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
„31.	Wundversorgung einer akuten Wunde Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.	Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige akute Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist. Eine akute Wunde tritt nach einer Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilt. Ziel ist die Wundheilung. Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben. Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.



Bundesanzeiger

Herausgegeben vom
Bundesministerium der Justiz
und für Verbraucherschutz
www.bundesanzeiger.de

Bekanntmachung

Veröffentlicht am Donnerstag, 5. Dezember 2019
BAnz AT 05.12.2019 B3

Seite 3 von 7

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		<p>Das Überprüfen von Drainagen siehe Drainagen, Überprüfen, Versorgen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, gegebenenfalls die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p> <p>Durch den Pflegedienst sind eine Wunddokumentation (z. B. Wundart, Gewebearbeit, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und gegebenenfalls zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuten Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.</p>	
31a	<p>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</p> <p>In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.</p>	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab. Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 verordnet wurden.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung. Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie eine Symptomlinderung sein, wenn eine Wundheilung aufgrund der individuellen Situation wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann.</p> <p>Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.</p> <p>Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u. a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).</p> <p>Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen (z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten).</p>	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.



Bundesanzeiger

Herausgegeben vom
Bundesministerium der Justiz
und für Verbraucherschutz
www.bundesanzeiger.de

Bekanntmachung

Veröffentlicht am Donnerstag, 5. Dezember 2019

BAnz AT 05.12.2019 B3

Seite 4 von 7

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		<p>Wird die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch einen spezialisierten Leistungserbringer erbracht, erfolgt die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen spezialisierten Versorgungsbedarfs nur durch diesen Leistungserbringer.</p> <p>Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.</p> <p>Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Insbesondere bei einem Ulcus cruris venosum ist die ergänzende Kompressionstherapie (Nr. 31b) erforderlich, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.</p> <p>Das Anlegen und das Wechseln von Wundverbänden bei chronischen Wunden erfolgt begleitend/ergänzend zur Therapie der der chronischen Wunde zugrundeliegenden Erkrankung.</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert verordnungsfähig ist die bedarfsweise Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen, insbesondere der Druckentlastung und Bewegungsförderung, sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression.</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, gegebenenfalls die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p> <p>Durch den Leistungserbringer ist eine Wunddokumentation (z. B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und gegebenenfalls zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.</p>	



Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
31b	An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	<p>Ziel ist die Wundheilung (z. B. Ulcus cruris venosum, mixtum), Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses.</p> <p>Erfasst von dieser Leistungsnummer sind ausschließlich ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen, wenn die Kompressionstherapie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist.</p> <p>Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben.</p> <p>Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</p> <p>Das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- oder ausziehen können bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder – einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- oder ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder – einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder – entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Zur Ermöglichung eines selbständigen An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen ist jeweils die Verordnung von Anziehhilfen in Betracht zu ziehen.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität.</p> <p>Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).</p>	Jeweils 1 x täglich.



Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
31c	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	Das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit <ul style="list-style-type: none"> – einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die stützenden und stabilisierenden Verbände nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder – einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die stützenden oder stabilisierenden Verbände selbstständig an- und abzulegen (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder – einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder – entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	Bis zu 2 Wochen, jeweils 1 x täglich.“

III.

In dem Leistungsverzeichnis Abschnitt „Vorbemerkungen“ Satz 1 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.

IV.

Das Sachverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. Nach dem Wort „Dekubitusbehandlung“ wird die Angabe „(Positionswechsel)“ ergänzt.
2. In der Zeile mit dem Wort „Dekubitusprophylaxe“ in der linken Spalte und „Siehe Beschreibung Grundpflege/ Behandlungspflege“ in der rechten Spalte wird die Angabe „/Behandlungspflege“ gestrichen.
3. In der Zeile mit den Wörtern „Bandagen, An- und Ablegen“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Körperpflege (Nr. 4) Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ durch die Angabe „Siehe An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden (Nr. 31c)“ ersetzt.
4. In der Zeile mit den Wörtern „Drainagen, Überprüfen von“ in der linken Spalte und der Angabe „Nr. 13 Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ durch die Angabe „Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)“ ersetzt.
5. In der Zeile mit den Wörtern „Kompressionsstrümpfe/-verband“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Körperpflege (Nr. 4) Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ durch die Angabe „Siehe An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (Nr. 31b)“ ersetzt.
6. Die Zeile mit dem Wort „Verbände“ in der linken Spalte und der Angabe „Nr. 31“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
7. Die Zeile mit den Wörtern „Wunden, Behandeln und Pflegen“ in der linken Spalte und „Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
8. In der Zeile mit den Wörtern „Wund- und Fisteldrainagen“ in der linken Spalte und „Siehe Verbände (Nr. 31)“ sowie „Siehe Drainagen, Überprüfen von (Nr. 13)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ gestrichen und durch die Angabe „Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)“ ersetzt.
9. In die linke Spalte werden nach der Zeile „Wundschnellverbände“ in einer neuen Zeile die Wörter „Wundversorgung einer akuten Wunde“ und in die rechte Spalte die Angabe „Siehe Nr. 31“ eingefügt.



10. In die linke Spalte werden nach der neuen Zeile „Wundversorgung einer akuten Wunde“ in einer weiteren neuen Zeile die Wörter „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ und in die rechte Spalte die Angabe „Siehe Nr. 31a“ eingefügt.
11. In der Zeile mit dem Wort „Wundschnellverbände“ in der linken Spalte und der Angabe „siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird die Angabe „Siehe Verbände (Nr. 31)“ gestrichen und durch die Angabe „Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)“ ersetzt.

V.

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

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

Berlin, den 15. August 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Prof. Hecken

A-7 Anhang

A-7.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

05/11/2019 15:12 030184413788 EMPFANGEN 05/11/2019 15:12 +4930275838105 GEM. BUNDESAUSSCHUSS
BMG REFERAT 213 S. 01/01



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 5. November 2019
AZ 213 - 21432 - 16

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 15. August 2019
hier: Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 15. August 2019 über eine
Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Arbeitsgemeinschaft der Kammer auf Bundesebene gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
 - Bundesärztekammer (BÄK)
 - ggf. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
 - ggf. Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:
 - Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
 - Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
 - Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH)
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
 - Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)
 - 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)
 - Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
 - Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
 - Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V (Diakonie)
 - Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
 - Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)
- Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 i. V. m Absatz 7 Satz 2 SGB V:
 - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
 - Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
 - Deutscher Kinderhospizverein e.V.
- Weitere Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Abs. 5a SGB V
 - Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in seiner Sitzung am 14. Dezember 2018 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 17. Dezember 2018 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 6 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

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

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

Organisation	Eingang	Bemerkung
Arbeitsgemeinschaft der Kammer auf Bundesebene gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	28.01.2019	Verzicht auf Anhörung
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V für Stellungnahmeverfahren		
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	28.01.2019	
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle	28.01.2019	
Bundesverband Ambulante Dienste e.V. und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad e.V.), Bundesgeschäftsstelle	28.01.2019	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	28.01.2019	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	28.01.2019	
Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)	28.01.2019	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.	28.01.2019	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	28.01.2019	
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Diakonie)	28.01.2019	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	25.01.2019	
Weitere Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Abs. 5a SGB V		
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	30.01.2019	(keine Stellungnahme)

Organisation	Eingang	Bemerkung
Weitere Stellungnahmeberechtigte gemäß § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V		
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	28.01.2019	

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Neben dem Beschlussentwurf wurden den Stellungnehmern die Änderungen im Fließtext und die Tragenden Gründe (Stand: 14. Dezember 2018) übermittelt.

B-5.1 Beschlussentwurf

Stand 14.12.2018

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Vom Beschlussdatum

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), zuletzt geändert am XX. Monat 2018 (AT TT.MM.2018 BX), wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 - 1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „5“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.
 - c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

DKG	PatV	KBV, GKV-SV
(3) Abweichend von Absatz 2 kann die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden gemäß der Leistungsnummer 31a des Leistungsverzeichnisses gleichrangig auch in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient es wünscht und ihr oder sein Zustand es zulassen.	(3) Gemäß der Leistungsnummer 31b des Leistungsverzeichnisses kann die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen.	(3) ¹ Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen. ² Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der individuellen Situation voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen. ³ Für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach Satz 1 und 2 ist die Leistung nach Nr. 31a zu verordnen.

- d) Aus den bisherigen Absätzen 3, 4, 5 und 6 werden die Absätze 4, 5, 6 und 7.
 - e) Im neuen Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „5“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:
 „Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden.“
 - b) Die bisherigen Absätze 4, 5, 6 und 7 werden zu den Absätzen 5, 6, 7 und 8.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
 „Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten“.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
 „Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.“

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
c) In Absatz 4 werden nach dem Wort „einsehen“ die Wörter „oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern“ eingefügt.	

II. Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird

1. die Nummer 12 wie folgt gefasst:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
12.	<p>Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</p> <p>Ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.</p>	<p>Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung.</p> <p>Verordnungsvoraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung). - ab Dekubitus Grad 2 (Teilverlust der Haut) sind die Leistungen nach dieser Nummer nur im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 31 oder 31a [PatV und 31b] verordnungsfähig. <p>Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen durch Anleitung (Nr. 7) dazu befähigt werden, soweit möglich die Lagerung selbstständig übernehmen zu können.</p> <p>Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad des Dekubitus anzugeben. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind soweit bekannt auf der Verordnung zu nennen.</p> <p>Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann (Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus).</p> <p>Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan sowie ggf. das Wundprotokoll, ggf. die Fotodokumentation (siehe Nr. 31 und 31a [PatV und 31b]) und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Leistung erfolgreich</p>	<p>Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage.</p> <p>Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p>

3

		ist, ggf. angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.	
--	--	--	--

2. die Nummer 31 gestrichen und folgende neue Nummern 31, 31a, 31b, 31c [PatV und 31d] eingefügt und wie folgt gefasst:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
31.	<p>Wundversorgung einer akuten Wunde</p> <p>In Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.</p>	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige akute Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine akute Wunde tritt nach einer Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilt.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung.</p> <p>Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben. Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen siehe Drainagen, Überprüfen, Versorgen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt ggf. das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan sowie die Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, ggf. angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p>	<p>Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p>

4

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme				
		Durch den Pflegedienst sind eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuten Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.					
31a	<table border="1"> <tr> <td>DKG, KBV, GKV-SV</td> <td>PatV</td> </tr> <tr> <td>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</td> <td>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst</td> </tr> </table> <p>In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.</p>	DKG, KBV, GKV-SV	PatV	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab. Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 verordnet wurden.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung. Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sein, wenn eine Wundheilung aufgrund der individuellen Situation wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann.</p> <p>Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.</p> <p>Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).</p> <p>Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen</p>	<p>Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p>
DKG, KBV, GKV-SV	PatV						
Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst						

5

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme						
	<table border="1"> <tr> <td>PatV, KBV, DKG zusätzlich</td> </tr> <tr> <td>- Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung</td> </tr> <tr> <td>PatV, KBV zusätzlich</td> </tr> <tr> <td>sowie krankheitsbezogene Lebensführung</td> </tr> <tr> <td>PatV, KBV, DKG zusätzlich</td> </tr> <tr> <td>- Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression</td> </tr> </table>	PatV, KBV, DKG zusätzlich	- Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung	PatV, KBV zusätzlich	sowie krankheitsbezogene Lebensführung	PatV, KBV, DKG zusätzlich	- Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression	<p>(z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten).</p> <p>Wird die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch einen spezialisierten Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] erbracht, erfolgt die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen spezialisierten Versorgungsbedarfs nur durch diesen Leistungserbringer.</p> <p>Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.</p> <p>Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Insbesondere bei einem Ulcus cruris venosum ist die ergänzende Kompressionstherapie (Nr. 31b [PatV: Nr. 31c]) erforderlich, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.</p> <p>Das Anlegen und das Wechseln von Wundverbänden bei chronischen Wunden erfolgt begleitend/ergänzend zur Therapie der der chronischen Wunde zugrundeliegenden Erkrankung.</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p>	
PatV, KBV, DKG zusätzlich									
- Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung									
PatV, KBV zusätzlich									
sowie krankheitsbezogene Lebensführung									
PatV, KBV, DKG zusätzlich									
- Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression									

6

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		<p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt ggf. das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, ggf. angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p> <p>Durch den Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.</p>	
31b	<p>[PatV zusätzlich]</p> <p>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung</p> <p>In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere 	<p>[PatV zusätzlich]</p> <p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde vorliegt</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei der ein Wundverband indiziert ist und - der Zustand der Patientin oder des Patienten eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit zulassen. <p>Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab. Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 oder 31a verordnet wurden.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung. Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sein, wenn eine Wundheilung aufgrund der individuellen Situation wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann.</p>	<p>Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p>

7

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	<p>Druckentlastung und Bewegungsförderung sowie krankheitsbezogene Lebensführung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression. 	<p>Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einer Einrichtung, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.</p> <p>Um eine spezialisierte Einrichtung handelt es sich, wenn diese u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).</p> <p>Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch die spezialisierte Einrichtung zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen (z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten).</p> <p>Wird die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch eine spezialisierte Einrichtung erbracht, erfolgt die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen spezialisierten Versorgungsbedarfs nur durch diesen Leistungserbringer.</p> <p>Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch ambulante Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.</p> <p>Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben.</p> <p>Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben.</p>	

8

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer Häufigkeit Maßnahme	und der
		<p>Insbesondere bei einem Ulcus cruris venosum ist die ergänzende Kompressionstherapie (Nr. 31c) erforderlich, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.</p> <p>Das Anlegen und das Wechseln von Wundverbänden bei chronischen Wunden erfolgt begleitend/ergänzend zur Therapie der der chronischen Wunde zugrundeliegenden Erkrankung.</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt ggf. das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, ggf. angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.</p> <p>Durch die spezialisierte Einrichtung ist eine Wunddokumentation (z. B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.</p> <p>Der Arzt oder die Ärztin prüft, ob eine ergänzende Verordnung gemäß der Krankentransport-Richtlinie erforderlich ist.</p>		

9

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer Häufigkeit Maßnahme	und der
31b [PatV 31c]	<p>An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV</p> <p>Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes</p>	<p>Ziel ist die Wundheilung (z.B. Ulcus cruris venosum, mixtum), Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses.</p> <p>Erfasst von dieser Leistungsnummer sind ausschließlich ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen, wenn die Kompressionstherapie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist.</p> <p>Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben.</p> <p>Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</p> <p>Das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- oder ausziehen können bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- oder ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder 	Jeweils 1 x täglich.	

10

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer Häufigkeit Maßnahme	und der
		<ul style="list-style-type: none"> - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Zur Ermöglichung eines selbständigen An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/Kompressionstrumpfhosen ist jeweils die Verordnung von Anziehhilfen in Betracht zu ziehen.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität.</p> <p>Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).</p>		
31c [PatV 31d]	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	<p>Das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die stützenden und stabilisierenden Verbände nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die stützenden oder stabilisierenden Verbände 	Bis zu 2 Wochen, jeweils 1 x täglich.	

11

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer Häufigkeit Maßnahme	und der
		<p>selbstständig an- und abzulegen (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>		

III. In dem Leistungsverzeichnis Abschnitt „Vorbemerkungen“ Satz 1 wird nach dem Wort „Absatz“ die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.

IV. Das Sachverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. Nach dem Wort „Dekubitusbehandlung“ wird die Angabe „,Positionswechsel“ ergänzt.
2. In der Zeile mit dem Wort „Dekubitusprophylaxe“ in der linken Spalte und „Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege“ in der rechten Spalte wird die Angabe „/ Behandlungspflege“ gestrichen.
3. Die Zeile mit den Wörtern „Wunden, Behandeln und Pflegen“ in der linken Spalte und „Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
4. Nach der Zeile mit den Wörtern „Wund- und Fisteldrainagen“ in der linken Spalte und „Siehe Drainagen, Überprüfen von (Nr. 13)“ und „Siehe Verbände (Nr. 31)“ in der rechten Spalte werden folgende neue Zeile eingefügt:
 - a) in die linke Spalte werden die Wörter „Wundversorgung einer akuten Wunde“ und in die rechte Spalte die Angabe „Siehe Nr. 31“ eingefügt.
 - b) in die linke Spalte werden die Wörter „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ und in die rechte Spalte die Angabe „Siehe Nr. 31a [PatV Siehe Nr. 31 a und b]“ eingefügt.

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

12

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

Berlin, den

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.2 Tragende Gründe

Stand: 14.12.2018

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Vom **Beschlussdatum**

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Einleitung.....	2
2.2	Umsetzung des gesetzlichen Auftrages	2
2.2.1	Änderung in § 1 Absatz 3	3
2.2.2	Änderung in § 3.....	5
2.2.3	Änderung in § 7.....	5
2.2.4	Änderungen des Leistungsverzeichnisses.....	6
2.2.4.1	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung.....	7
2.2.4.2	Nummer 31 Wundversorgung einer akuten Wunde.....	8
2.2.4.3	Nummer 31a.....	9
2.2.4.4	PatV: Nummer 31b (Wundversorgung einer chronischen Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung).....	10
2.2.4.5	Nummer 31b [PatV 31c] (An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen).....	10
2.2.4.6	Leistungsnummer 31c [PatV 31d] (An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden).....	10
3	Würdigung der Stellungnahmen	10
4	Bürokratiekostenermittlung.....	10
5	Verfahrensablauf.....	11

1 Rechtsgrundlagen

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

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) ist der G-BA beauftragt worden, in der HKP-RL das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu regeln. Entsprechend der Neuregelung in § 37 Absatz 7 SGB V kann die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit als HKP-Leistung erfolgen.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Einleitung

In der Fachliteratur besteht weitgehende Einigkeit, Wunden dann als chronisch zu bezeichnen, wenn diese innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung – hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle – unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen¹. Die Prävalenz von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland beträgt ca. 0,4%². Häufig leiden Patientinnen und Patienten mit solchen Erkrankungen unter großer Krankheitslast und die Versorgung erfordert einen hohen medizinischen und vor allem pflegerischen Aufwand.

Zudem sind Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Wunde stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Daher kommt der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden eine besondere Bedeutung zu. Sie erfordert ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz und hygienischen Voraussetzungen, damit eine fachgerechte Wundversorgung möglich ist. Zu den häufigsten Arten chronischer Wunden zählen das Ulcus cruris venosum, das Ulcus cruris arteriosum, das ulcus cruris mixtum, der Dekubitus und das diabetische Fußsyndrom.

2.2 Umsetzung des gesetzlichen Auftrages

Mit der vorliegenden Änderung der HKP-RL werden zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages präzisierende Regelungen zur Verordnung der Leistung, der ärztlichen Zielsetzung sowie zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Akteure getroffen.

Dabei ist das Ziel vor allem, den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, länger in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben und durch die Stärkung der ambulanten Wundversorgung Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Mit den Änderungen wird den Besonderheiten der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden Rechnung getragen.

¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden: 1. Aktualisierung 2015; einschließlich Kommentierungen und Literaturstudie. Osnabrück; Hochschule Osnabrück; 2015.

² K. Heyer, K. Protz, M. Augustin, K. Herberger: Epidemiologie und Versorgungssituation chronischer Wunden in Deutschland. Phlebologie Heft 2 2016 (69–128). Seiten: 75-80

2.2.1 Änderung in § 1 Absatz 3

In § 1 Absatz 2 der HKP-RL werden die Orte, an denen häusliche Krankenpflege zuverlässig erbracht werden kann, geregelt. Eine Versorgung außerhalb des Haushalts ist demnach an sonstig geeigneten Orten möglich, 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. 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 (vgl. Beschluss vom 17.01.2008).

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden außerhalb der Häuslichkeit lässt sich unter den vorgenannten Voraussetzungen nicht subsumieren, da es an den regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalten des Versicherten und der Notwendigkeit der Versorgung an diesen Orten fehlt. Folglich wurde aufgrund der gesetzlichen Neuregelung ein neuer Absatz 3 eingefügt, in dem die Voraussetzungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden außerhalb der Häuslichkeit konkretisiert werden. Die nachfolgenden Absätze des § 1 verschieben sich um je eine Ziffer.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum § 37 Absatz 7 SGB V wird durch die diesbezügliche Neuregelung eine moderate Öffnung des Leistungsortes zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorgenommen, ohne das verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Dies wird durch den G-BA im Rahmen der nachfolgenden Regelungen sichergestellt.

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
<p>In § 37 Absatz 7 Satz 2 SGB V wurden im Zuge des HHVG spezialisierte Einrichtungen als neue Leistungserbringer zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der HKP aufgenommen. Demnach kann die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch außerhalb der Häuslichkeit in spezialisierten Einrichtungen beispielsweise in sogenannten Wundzentren erfolgen. Aber auch ambulante Pflegedienste, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert haben, können diese Leistungen erbringen.</p> <p>Der G-BA geht davon aus, dass aufgrund vergleichbarer Qualifikation der Pflegefachkräfte für die im Rahmen der HKP zu erbringende Leistung Nr. 31a keine Unterschiede in der fachlich-pflegerischen Versorgung zwischen spezialisierten Einrichtungen und Pflegediensten, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert haben, bestehen.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass die Versorgung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit stattfindet, wird festgelegt, dass der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten ein Aufsuchen der Einrichtung zulassen müssen und die Patientin oder der</p>	<p>Der hier in Rede stehende Personenkreis mit einer chronischen und schwer heilenden Wunde sollte vorrangig in der Häuslichkeit der oder des Versicherten versorgt werden. Dadurch bleiben der oder dem Versicherten belastende Fahrtwege erspart. Wenn die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde in der Häuslichkeit nicht möglich ist und zwingend in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen muss, wird das durch die Neuregelung in § 1 Absatz 3 nunmehr ermöglicht.</p> <p>Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Häuslichkeit für die entsprechende Wundversorgung nicht die ausreichende Gewähr für die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde unter hygienischen Bedingungen erfüllt oder eine besondere räumliche Ausstattung erforderlich ist.</p> <p>Ist eine Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Leistungserbringer außerhalb der Häuslichkeit unter den vorgenannten Bedingungen erforderlich, können Leistungen entsprechend Nummer 31a [PatV: 31b] des Leistungsverzeichnisses verordnet werden.</p>

<p>Patient die Versorgung außerhalb der Häuslichkeit wünscht.</p> <p>Unter Berücksichtigung dieser Maßgabe wird das Recht der Patientin oder des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers gewahrt. Die Ärztin oder der Arzt kann die Patientin oder den Patienten bei der Entscheidung unterstützen, ob die Versorgung in einer spezialisierten Einrichtung oder durch einen Pflegedienst, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgt.</p> <p>Spezialisierte Einrichtungen, in denen eine hohe fachliche Expertise im Bereich der Wundversorgung besteht, existieren bereits heute. Die dort tätigen Pflegekräfte sind auf die Wundversorgung spezialisiert und mit der Versorgung solcher Patientinnen und Patienten bestens vertraut. Vor dem Hintergrund von deutschlandweit 3 – 4 Millionen Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden, ist die vom Gesetzgeber intendierte flächendeckende Verbesserung der Wundversorgung nur zu erreichen, wenn spezialisierte Einrichtungen und Pflegedienste, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert haben, gleichrangig in die Versorgung eingebunden werden. Mit der Einführung der Leistungsnummer 31a kommt der G-BA dem gesetzgeberischen Auftrag des § 37 Absatz 7 SGB V nach.</p> <p>Durch die gleichzeitige Anpassung des § 132a SGB V Absatz 1, 1. Spiegelstrich (Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7) hat der Gesetzgeber die Grundlage für die flächendeckende Versorgung gefestigt. Dem Gesetzgeber liegt es zudem offensichtlich auch daran, es zu verhindern, dass die spezialisierte Wundversorgung, zum Beispiel durch sogenannte Wundzentren, nur in Ballungsgebieten angeboten wird und ländliche Regionen keine vergleichbaren Versorgungsangebote aufweisen. Daher soll auf eine allorts einheitliche Versorgung mit HKP hingewirkt werden.</p>	
---	--

2.2.2 Änderung in § 3

Der neu eingefügte Absatz 4 dient der Klarstellung der Rechtslage. In der Praxis kommt es vermehrt zu Verordnungsanforderungen seitens der Leistungserbringer, z.B. für Verbandsmittel, die von der eigentlichen Verordnung der Ärztin/des Arztes abweichen. Der Einsatz von entsprechenden Verbandsmaterialien hängt von der medizinischen Notwendigkeit ab. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Ziel ist eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden. Dafür bedarf es einer entsprechenden Verständigung aller Beteiligten, wobei die medizinische Verantwortung bei der Ärztin/ bei dem Arzt liegt. Kosten, die in Verbindung mit einer Abweichung von der Verordnung für Verbandsmittel entstehen, gehen nicht zu Lasten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes, sondern zu Lasten des Leistungserbringers. Das Nähere zur Verordnung von Verbandsmaterialien wird in der Arzneimittel-Richtlinie geregelt.

2.2.3 Änderung in § 7

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten ist in der Wundversorgung unerlässlich. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden bedingt eine enge Absprache zwischen allen Beteiligten. Veränderungen im Heilungsverlauf fallen besonders während der regelmäßigen Verbandwechsel auf. Über diese berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin/dem behandelnden Vertragsarzt, welche/welcher über die dann erforderlichen Maßnahmen entscheidet. Die Therapiehoheit und Ordnungsverantwortung liegen bei der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt ebenso wie die Koordination.

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
<p>Um diese wahrnehmen zu können und einen entsprechenden Informationsaustausch zu gewährleisten, kann die Pflegedokumentation bei Bedarf beim Pflegedienst angefordert werden.</p>	<p>Der § 7 Absatz 4 sieht vor, dass bei Gelegenheit eines Hausbesuchs die Pflegedokumentation eingesehen und ausgewertet werden soll. Dies trägt der Regelung des § 3 Absatz 1 Rechnung, wonach die häusliche Krankenpflege nur verordnet werden kann, wenn sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt vom Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder ihr bzw. ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Insbesondere bei Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege wie der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden, der speziellen Krankenbeobachtung oder der Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten ist die persönliche Inaugenscheinnahme der Patientin oder des Patienten durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und der Vergewisserung, dass die verordnenden Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bedarfsgerecht sind, im Regelfall notwendig. Deswegen wird kein Bedarf für eine Richtlinienänderung gesehen.</p>

2.2.4 Änderungen des Leistungsverzeichnisses

Die Struktur des Leistungsverzeichnisses wird im Vergleich zur bisherigen Regelung zur Wundversorgung in den Leistungsnummern 12 und 31 bis 31 a [PatV: 31b] neu gegliedert, um die Wundversorgung von den nicht wundspezifischen Leistungen (z.B. An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden) zu trennen.

Zudem wird die Wundversorgung in gesonderte Leistungsnummern entsprechend der Wundart unterteilt (Leistungsnummer 31, 31a [PatV: und 31b]. Durch diese Ausdifferenzierung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zur Wundversorgung erfolgt eine bedarfsgerechte Versorgung. Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V bzw. die Vertragspartner nach § 132a Absatz 4 SGB V können auf dieser Grundlage eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur vornehmen.

Die jeweiligen Leistungsbeschreibungen zur Wundversorgung wurden unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse (systematische Literaturrecherche nach Leitlinien zur Fragestellung Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden, einschlägige AWMF-Leitlinien³, Expertenstandard des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege⁴, Expertenbefragung) überarbeitet. Dabei wurden insbesondere folgende Anpassungen vorgenommen:

- Unterteilung der Leistung für akute oder chronische und schwer heilende Wunden,
- in den jeweiligen Leistungsbeschreibungen wird die Zielsetzung der Behandlung konkretisiert,
- die enge Abstimmung des Leistungserbringers mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt wird vorgegeben, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, sowie
- die Vorgaben zur Dokumentation und Beurteilung des Therapieverlaufes werden konkretisiert, [.]
- PatV: Jeweils eine separate Leistungsnummer für den spezialisierten Pflegedienst bzw. die spezialisierte Einrichtung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden eingefügt,
- zudem wird die Abpolsterung zum Beispiel als Leistungsbestandteil des diabetischen Fußsyndroms ermöglicht.

Zielsetzung des Gesetzgebers ist eine im Vergleich zum Status quo bessere Wundversorgung. Dazu zählt neben den verbesserten Leistungsansprüchen auch eine intensivere Zusammenarbeit zwischen dem Pflegedienst/Leistungserbringer und der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt. Versorgungs- und Informationsbrüche erschweren die Wundversorgung. Die Wunddokumentation ist eine essentielle Basis für die Kommunikation mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt, da diese oder dieser den Wundheilungsverlauf so besser nachvollziehen kann. Auf dieser Grundlage kann die Behandlung besser gesteuert und optimiert werden. U.a. hat der G-BA nach § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V die Verordnung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren ärztliche Zielsetzung sowie den Inhalt und die Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus zu regeln. Daher wurde in den Leistungsnummer 31, 31a [PatV: und 31b] geregelt, dass der Pflegedienst ein Wundprotokoll führen muss, in dem konkretisierende Angaben zur Wunde gemacht werden.

Der G-BA geht aufgrund der bisherigen Regelung in Nr. 12 davon aus, dass auch jetzt schon im Rahmen der Wundversorgung eine Wunddokumentation der insbesondere für eine Verlaufsbeurteilung wichtigen Kriterien wie Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der

³ S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“, Stand 12.06.2012 (Leitlinie wird z.Zt. überarbeitet)

⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden: 1. Aktualisierung 2015; einschließlich Kommentierungen und Literaturstudie. Osnabrück; Hochschule Osnabrück; 2015.

Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen sowie ggf. eine Fotodokumentation stattfindet. Der G-BA übernimmt mit der Aufführung dieser Kriterien in den Leistungsnummer 31, 31a [PatV: und 31b] diese übliche Praxis.

Dabei kann auch eine Fotodokumentation der Wunde geführt werden, um den Heilungsverlauf besser beurteilen zu können. Durch diese Regelungen sollen Heilungsverläufe unter laufender Therapie, insbesondere für die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt besser nachvollzogen werden können.

Auf Grundlage der Wund- und ggf. Fotodokumentation, der weiteren Informationen aus der Pflegedokumentation und ggf. dem Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan soll die Ärztin oder der Arzt prognostisch einschätzen, ob die verordnete Therapie erfolgreich ist und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Zu diesem Zweck soll die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt vor Ausstellung einer Folgeverordnung die entsprechenden Dokumente einsehen und die darin enthaltenden Informationen auswerten.

KBV zusätzlich

Hierfür fordert die Vertragsärztin/der Vertragsarzt bei Bedarf und sofern keine unmittelbare Einsichtnahme, z.B. während eines Hausbesuchs, möglich ist, eine Kopie der Pflegedokumentation (insbes. Wund- und ggf. Fotodokumentation) vom Pflegedienst an. Der Pflegedienst macht diese der/dem Vertragsärztin/Vertragsarzt auf dem Postweg, per Fax, digital oder mittels persönlicher Übergabe zugänglich.

Zielsetzung dabei ist, die Wundversorgung insgesamt zu verbessern, indem frühzeitig bei Problemen gegengesteuert werden kann. Dabei handelt es sich um keine grundlegende Neuregelung. Gleiches war bereits in der Bemerkungsspalte der Nr. 12 geregelt.

Für die fachgerechte Berücksichtigung der Prinzipien der Druckentlastung oder Kompression ist die genaue Bezeichnung der Wundart bei der Verordnung von entscheidender Bedeutung.

Die Besonderheiten zu den einzelnen Leistungsnummern werden nachfolgend genannt.

2.2.4.1 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Zur Nomenklatur:

Das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), das National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und die Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) haben eine internationale Definition und Klassifikation von Dekubitus entwickelt und in der „Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline“ im Jahr 2014 veröffentlicht. Mit der Klassifikation wurde durch den Begriff „Kategorie“ eine Formulierung gewählt, der keine hierarchische Bezeichnung ausdrückt, sodass berücksichtigt wird, dass ein Fortschreiten des Schweregrades der Hautschädigung von I nach II bzw. II nach III oder III nach IV nicht immer der Fall ist.

Die EPUAP und NPUAP haben bereits 2009 festgestellt, dass die bisher bestehenden Definitionen und die Unterschiede der Gewebsschädigung die gleichen sind, auch dann, wenn die Bezeichnung in einzelnen Gruppen unterschiedlich sein kann (Stufe, Schweregrad oder Kategorie). Die Autoren der Leitlinie erkennen an, dass es einen großen Bekanntheitsgrad der bisherigen Bezeichnungen gibt und empfehlen vor Ort denjenigen Begriff (Stufe, Schweregrad oder Kategorie) zu nutzen, der am klarsten und verständlichsten ist. Vor diesem Hintergrund wird in der HKP-RL die auch bisher verwendete Bezeichnung „Grad“ im Sinne von Kategorie beibehalten.

Zu den Verordnungsvoraussetzungen:

Ein Dekubitus besteht nicht erst, wenn mindestens ein oberflächlicher Hautdefekt vorliegt. Vielmehr besteht der Grad 1 bereits bei nicht wegdrückbarer Rötung intakter Haut⁵. Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Die Verordnungsfähigkeit des Positionswechsels wurde daher an diese Zielsetzung angepasst und im Rahmen einer separaten Nummer im Leistungsverzeichnis bereits ab Dekubitus Grad 1 geregelt. Die bisher in der Nr. 12 geregelte Wundversorgung zur Dekubitusbehandlung wurde nun in den neuen Nummern des Leistungsverzeichnisses 31 und 31a [PatV: und 31b] aufgenommen.

Der Positionswechsel nach Nr. 12 wird bei einem Dekubitus Grad 1 unabhängig von den Nummern 31 und 31a [PatV: und 31b] verordnet. Um eine Verschlimmerung des Dekubitus sicherzustellen, ist eine enge Kontrolle durch die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt notwendig, ob die bisher erbrachten Maßnahmen geeignet sind, das Fortschreiten des Dekubitus zu verhindern und eine Heilung zu ermöglichen.

Angehörige oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen - auch unter Bezugnahme der Leistung Anleitung nach Nr. 7 des Leistungsverzeichnisses - den erforderlichen Positionswechsel selbstständig übernehmen, soweit das möglich ist. Diese Regelung wurde aus der bestehenden Leistung Dekubitusbehandlung nach Nr. 12 übernommen.

Wie bei den übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses wurden klarstellend Angaben zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen ergänzt.

2.2.4.2 Nummer 31 Wundversorgung einer akuten Wunde

Die Verordnung der HKP gemäß Nr. 31 beinhaltet ausschließlich die Behandlungspflege für behandlungsbedürftige akute Wunden, bei der ein Wundverband indiziert ist.

Eine Versorgung von akuten Wunden nach dieser Nummer in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit ist nicht erforderlich und daher auch nicht verordnungsfähig. Dies deckt sich mit dem Gesetzeswortlaut, da die Versorgung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit ausschließlich bei chronischen und schwer heilenden Wunden ermöglicht wurde.

Akute behandlungsbedürftige Wunden zeichnen sich durch einen äußeren oder inneren Substanzdefekt eines Gewebes mit Verlust des Gewebezusammenhangs aus, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilen. Beispiele können sein:

- mechanisch (Schürf-, Stich-, Schnitt-, Riss-, Quetsch-, Biss-, Schusswunden),
- Ablederung, Amputation,
- thermisch (Verbrennungen bis Grad 2a, Erfrierungen),
- Sinus pilonidalis.

Bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten ist davon auszugehen, dass diese Wunden einen unkomplizierten Heilungsverlauf nehmen. Die Versorgung dieser Wunden ist in der Regel durch Pflegefachkräfte möglich; eine darüberhinausgehende Qualifikation ist grundsätzlich nicht erforderlich.

⁵ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European National Pressure Ulcer Advisory panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline [online]. Washington (USA): NPUAP; 2014. [Zugriff: 28.08.2017]. URL: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

Zeigt eine Wunde innerhalb von maximal zwölf Wochen nach Wundentstehung unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen, ist die Verordnung der Nummer 31a [Pat V: oder 31b] zu prüfen.

2.2.4.3 Nummer 31a

DKG, KBV, GKV-SV	PatV
<u>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</u>	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst

Die Nr. 31a kann verordnet werden, wenn eine behandlungsbedürftige Wunde, bei der ein Wundverband indiziert ist, voraussichtlich nicht innerhalb von maximal zwölf Wochen nach Wundentstehung unter fachgerechter Therapie Heilungstendenzen zeigt.

Chronische und schwer heilende Wunden können insbesondere sein:

- Diabetisches Fußsyndrom,
- Dekubitus,
- Ulcus Cruris venosum, arteriosum, mixtum,
- Schwere Verbrennungen.

Ist bei einer neu aufgetretenen Wunde

DKG zusätzlich
im Vorhinein oder im Verlauf

hinreichend deutlich, dass die Wunde nicht innerhalb von 12 Wochen abheilen wird und eine Entwicklung zu einer chronischen und schwer heilende Wunde trotz leitliniengerechter Therapie nicht abgewendet werden kann, können Leistungen nach Nr. 31a [PatV: oder 31b] verordnet werden. Eine vorherige Verordnung von Leistungen nach Nr. 31 ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Dies ist auf der Verordnung anzugeben.

Zu den spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden:

Die Anforderungen an die Wundversorgung bei chronischen und schwer heilenden Wunden sind so hoch, dass eine Versorgung durch einen nicht spezialisierten Leistungserbringer grundsätzlich nicht ausreichend ist, um den Behandlungserfolg – die Heilung oder die Verschlimmerung der Wunde - zu sichern, da die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden regelmäßig eine besondere pflegfachliche Kompetenz voraussetzt, die die Wundversorgung von akuten Wunden gemäß Nr. 31 übersteigt. Die fachlichen Anforderungen sind daher nur gewährleistet, wenn die durchführenden Pflegefachkräfte entsprechende wundspezifische Weiterbildungen haben.

Deshalb ist für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ein spezialisierter Leistungserbringer erforderlich. Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser insbesondere besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).

Das Nähere zu den besonderen strukturellen Anforderungen an die Leistungserbringung im Rahmen der Nr. 31a [PatV: und 31b] regeln die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V sowie die Vertragspartner nach § 132a Absatz 4 SGB V.

Durch die Einfügung des Begriffes „soll“ wird dennoch ermöglicht, dass im Einzelfall auch nicht spezialisierte Pflegedienste die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden entsprechend Nr. 31a versorgen können, wenn kein auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisierter Pflegedienst die Versorgung

übernehmen kann. Sollte die Versorgung nach Nr. 31a durch einen nicht spezialisierten Pflegedienst erfolgen, sind kürzere Verordnungszeiten und eine engmaschige Kontrolle sinnvoll.

Ferner wird geregelt, dass wenn im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ein spezialisierter Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt ist (siehe Nr. 31a [PatV: und 31b], die Wundversorgung ausschließlich durch diesen Leistungserbringer zu erfolgen hat. Dadurch sollen Versorgungsbrüche ausgeschlossen und die Versorgung aus einer Hand gewährleistet werden. Die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die nicht die Wundversorgung betreffen, können auch durch andere Pflegedienste erbracht werden. Voraussetzung ist, dass ein enger Informationsaustausch und eine enge Abstimmung der beteiligten Pflegedienste / Leistungserbringer untereinander als auch mit der verordnenden Ärztin oder mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Die Beteiligten haben dies sicherzustellen, um das bestmögliche Versorgungsniveau zu ermöglichen.

2.2.4.4 PatV: Nummer 31b (Wundversorgung einer chronischen Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung)

Die Festlegung des Leistungsortes durch den Arzt soll verhindern, dass eine Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden allein aus wirtschaftlichen Gründen des Leistungserbringers außerhalb der Häuslichkeit erfolgt.

2.2.4.5 Nummer 31b [PatV 31c] (An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen)

Die Verordnung von HKP zur Kompressionstherapie mit ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV oder einem Kompressionsverband wird in einer separaten Leistungsnummer geregelt. Die Inhalte entsprechen der bisherigen Regelung.

2.2.4.6 Leistungsnummer 31c [PatV 31d] (An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden)

Auch die Verordnung des An- und Ablegens von stützenden und stabilisierenden Verbänden im Rahmen der Behandlungspflege wird in einer separaten Leistungsnummer geregelt. Die Inhalte wurden klarstellend um das Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden und um eine Beschreibung der Verordnungsvoraussetzungen ergänzt.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation dokumentiert.

Im Ergebnis der Auswertung wurden folgende Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen:

[Platzhalter]

4 Bürokratiekostenermittlung

[Platzhalter]

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.04.2017		Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) wurde der § 37 SGB V zur Versorgung von Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden um einen neuen Absatz 7 ergänzt. Mit dieser Gesetzesänderung verbunden ist ein Auftrag an den G-BA, das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu regeln.
18.05.2017	G-BA	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO
18.05.2017	G-BA	Beauftragung des UA VL mit dem Beratungsverfahren zur Prüfung einer Ergänzung der HKP-RL bezüglich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden.
14.12.2018	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO)
TT.MM.JJJJ	UA VL	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Kapitel B-9 abgebildet.

B-6.1 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

B-6.1.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Allgemeines	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	BÄK	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich das Anliegen, den pflegerischen Versorgungsbedarf von chronischen Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, unter Beachtung des bereits vorhandenen Therapieangebotes, durch die Öffnung des Leistungsortes zu stärken. Spezialisierte Einrichtungen sollen als Unterstützung im Behandlungsablauf etablierte ambulante Versorgungssettings ergänzen. Grundlage für eine optimale Wundversorgung ist die enge Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegepersonal. Die Bundesärztekammer plädiert dafür, dass Wundzentren ausschließlich unter ärztlicher Leitung geführt werden.</p> <p>Nicht hinreichend benannt sind die Voraussetzungen spezialisierter Einrichtungen</p>		<p><u>Ärztliche Leitung:</u> Der Gesetzgeber hat in der gesetzlichen Grundlage für das Beratungsverfahren keine nähere Spezifizierung des Begriffs Spezialisierte Einrichtungen vorgenommen. Der G-BA hat nicht die Kompetenz verbindlich festzulegen, dass diese Einrichtungen zwingend ärztlich geleitet sein müssen. Insgesamt ist die Ausstattung dieser Einrichtungen bisher nicht einheitlich geklärt.</p> <p><u>Benennung der Voraussetzungen spezialisierter Einrichtungen:</u> GKV-SV, PatV, KBV: zusätzlich:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Allgemeines	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>gen, die die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durchführen. Die Bundesärzte-kammer spricht sich aus diesem Grund dafür aus, dass die Versorgung von chronischen Wunden vorrangig durch häusliche Krankenpflege erfolgen sollte.</p> <p>Kritisch ist zu sehen, dass auch „im Einzelfall“ nicht spezialisierte Pflegedienste die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden übernehmen können. Hier ist zu befürchten, dass Einzelfallentscheidungen zur Regelversorgung werden.</p>		<p>Die fehlende Definition von spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ist problematisch. Eine gesetzliche Definition ist wünschenswert.</p> <p><u>Vorrang Häuslichkeit:</u></p> <p>GKV-SV, KBV: Zustimmung zum Vorschlag.</p> <p>DKG: Mit der Einfügung von § 37 Absatz 7 SGB V hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen kann. Dem Gesetzeswortlaut und auch der Gesetzesbegründung ist nicht zu entnehmen, dass eine Versorgung von Wunden außerhalb der Häuslichkeit nur dann in Betracht kommt, wenn eine Versorgung in der</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Allgemeines	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>Häuslichkeit nicht möglich ist. Folglich sind als einzige Kriterien der Zustand der Patientin oder des Patienten sowie der Patientenwunsch zu berücksichtigen. Hierdurch wird im Übrigen die Wahlfreiheit der Patientin oder des Patienten beibehalten bzw. gestärkt, da diese den Leistungsort selbst bestimmen können. Diese Möglichkeit ist der Patientin oder dem Patienten bei einer Nachrangigkeit verwehrt. Eine Nachrangigkeit würde auch die Intention des Gesetzgebers, die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu verbessern, möglicherweise konterkarieren.</p> <p>Durch eine Gleichrangigkeit der Versorgung in spezialisierten Einrichtungen entstehen überdies keine Begründungspflichten der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes, so dass der bürokratische Aufwand hierdurch reduziert wird.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Allgemeines	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
				<p>Auch die Mehrzahl der Stellungnehmer fordern weitergehende Öffnungskriterien für die Versorgung in spezialisierten Einrichtungen als lediglich die Berücksichtigung der individuellen Situation und sprechen sich insbesondere für eine Einbeziehung des Patientenwunsches aus. Dies ist mit dem Vorschlag der DKG bereits umfassend umgesetzt.</p> <p><u>Versorgung durch nicht spezialisierte Pflegedienste:</u></p> <p>AG: Wenn in Regionen keine spezialisierten Leistungserbringer zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhanden sind, muss im Einzelfall auch eine Versorgung durch nicht spezialisierte Leistungserbringer möglich sein. Auch wenn diese Versorgungsform aus Sicht des G-BA nicht optimal ist.</p>	

B-6.1.2 Stellungnahmen zur Änderung in § 1 Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	AWO	<p>Die Erweiterung der Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit wird befürwortet.</p> <p>Der Vorrang der häuslichen Versorgung, entsprechend der Position des GKV-SV, der KBV und der Patientenvertreter (PatV) wird unterstützt.</p> <p>Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der individuellen Situation <u>oder anderer Gründe</u> voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen.</p>	<p>Chronische und schwer heilende Wunden sind oftmals mit Schmerzen und großem Leiden der betroffenen Menschen verbunden. Daher sollte die ambulante Versorgung individuell erfolgen. Mit der Öffnung des Leistungsortes bei gleichzeitigem Beibehalt des Vorrangs der Häuslichkeit kann auf die individuelle Situation eingegangen werden.</p> <p>Die AWO schlägt jedoch vor, im Satz 2 nach individueller Situation die Ergänzung „oder anderer Gründe“ einzufügen. Dieser Einschub ermöglicht, dass z.B. bei fehlenden regionalen Leistungserbringern, die Möglichkeit gegeben ist, dass die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 1 Absatz 3 Satz 2:</p> <p>KBV, GKV-SV:</p> <p>Der Ergänzungsvorschlag „oder andere Gründe“ trägt nicht zur Klarheit bei und wird daher abgelehnt.</p> <p>Da aber auch die Formulierung „individuelle Situation“ einen rechtlich unklaren Begriff darstellt, wurde die Formulierung wie folgt angepasst:</p> <p>„Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen.“</p> <p>DKG: Mit der Einfügung von § 37 Absatz 7 SGB V hat der</p>	<p>Änderung im BE: KBV, GKV-SV</p> <p>Der Beschlussentwurf wird in Ziffer 1 Buchstabe c) wie folgt geändert:</p> <p>In Satz 2 werden die Wörter „individuelle Situation“ durch die Wörter „Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit“ ersetzt.</p> <p>Zudem wird folgender Satz 3 eingefügt: „Dies muss aus der Verordnung hervorgehen“. Der alte Satz 3 wird Satz 4.</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der Häuslichkeit erfolgen kann</p>	<p>Gesetzgeber vorgegeben, dass die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen kann. Dem Gesetzeswortlaut und auch der Gesetzesbegründung ist nicht zu entnehmen, dass eine Versorgung von Wunden außerhalb der Häuslichkeit nur dann in Betracht kommt, wenn eine Versorgung in der Häuslichkeit nicht möglich ist. Folglich sind als einzige Kriterien der Zustand der Patientin oder des Patienten sowie der Patientenwunsch zu berücksichtigen. Hierdurch wird im Übrigen die Wahlfreiheit der Patientin oder des Patienten beibehalten bzw. gestärkt, da diese den Leistungsort selbst bestimmen können. Diese Möglichkeit ist der Patientin oder dem Patienten bei einer Nachrangigkeit verwehrt. Eine Nachrangigkeit würde auch</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>die Intention des Gesetzgebers, die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu verbessern, möglicherweise konterkarieren.</p> <p>Durch eine Gleichrangigkeit der Versorgung in spezialisierten Einrichtungen entstehen überdies keine Begründungspflichten der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes, so dass der bürokratische Aufwand hierdurch reduziert wird.</p> <p>Auch die Mehrzahl der Stellungnehmer fordern weitergehende Öffnungskriterien für die Versorgung in spezialisierten Einrichtungen als lediglich die Berücksichtigung der individuellen Situation und sprechen sich insbesondere für eine Einbeziehung des Patientenwunsches aus. Dies ist mit dem Vorschlag der DKG bereits umfassend umgesetzt.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2.	ABVP		<p>Hinsichtlich der Einfügung und Formulierung von Abs. 3 schließen wir uns dem Vorschlag der DKG an.</p> <p>Der Gesetzgeber hat die Option der Versorgung von chronischen Wunden auch außerhalb der Häuslichkeit in spezialisierten Einrichtungen zur Wundversorgung als <u>gleichrangig</u> im Verhältnis zur Versorgung in der Häuslichkeit eingeführt. Andernfalls hätte der Gesetzgeber regeln müssen, dass eine Versorgung von Wunden außerhalb der Häuslichkeit nur dann in Betracht kommt, wenn eine Versorgung in der Häuslichkeit nicht möglich ist. Dies ist dem Gesetzeswort des § 37 Abs. 7 SGB V aber nicht zu entnehmen.</p>	<p>DKG: zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Gegen die Gleichrangigkeit der Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in der spezialisierten Einrichtung zur Wundversorgung steht die vom Gesetzgeber vorgegebene moderate Öffnung des Leistungsortes, ohne dass verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich infrage zu stellen.</p> <p>Die diesbezüglich fachliche Begründung wurde in den Tragenden Gründen ausführlich dargestellt.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
3.	DBfK	§ 1 Der DBfK schließt sich den Ausführungen der PatV an.	Die Öffnungsklausel für spezialisierte Einrichtungen (Wundzentren) muss so gestaltet werden, dass ausschließlich der Wusch bzw. die Wahlfreiheit der Patientin/des Patienten berücksichtigt wird. Patientinnen/Patienten müssen in der Regel den Transport zu spezialisierten Einrichtungen selbst organisieren und derzeit auch bezahlen, was in einer Vielzahl von Fällen nicht möglich ist.	<p>PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV: Siehe lfd. Nr. 2</p> <p>DKG: siehe lfd. Nr. 1</p> <p>AG: Die Verordnung einer Krankenfahrt erfolgt nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V.</p>	
4.	Caritas	<p>§ 1 Absatz 3 neu: Die Konkretisierung der Voraussetzungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden außerhalb der Häuslichkeit sowie eine moderate Öffnung des Leistungsortes, ohne das verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen, werden von uns unterstützt. Wir sprechen uns hier für den Vorschlag von KBV, GKV-SV aus, allerdings unter</p>	Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte die Versorgung von chronischen und schlecht heilenden Wunden vorrangig in der Häuslichkeit der/des Versicherten erfolgen. Dadurch lassen sich zusätzliche Belastungen der Patientin / des Patienten	<p>Änderungsvorschlag zu § 1 Absatz 3:</p> <p>GKV-SV, KBV, PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p>DKG: siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Berücksichtigung einer Ergänzung in Satz 2: „Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen. Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der individuellen Situation voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen. Für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach Satz 1 und 2 ist die Leistung nach Nr. 31a zu verordnen.“</p>	<p>durch notwendige Transporte und ggf. auch Wartezeiten vor und nach der Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung vermeiden. Abgesehen davon wird durch die Vorrangigkeit der Behandlung in der Häuslichkeit auch der Organisations-, Kommunikations- und auch Kostenaufwand reduziert.</p>		
5.	Parität	<p>§ 1 Absatz 3 neu: Die Erweiterung der Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit wird befürwortet. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden sollte jedoch vorrangig in der Häuslichkeit erfolgen. Der Paritätische unterstützt die Position des GKV-SV und der KBV. Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund</p>	<p>Chronische und schwer heilende Wunden sind oftmals mit Schmerzen und großem Leiden der betroffenen Menschen verbunden. Daher sollte die ambulante Versorgung individuell erfolgen. Die Möglichkeit, dass die Wundversorgung auch in spezialisierten Einrichtungen erfolgen kann, sofern die</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 1 Absatz 3: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>der individuellen Situation oder anderer Gründe voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen.</p>	<p>Wundversorgung in der Häuslichkeit nicht möglich ist, trägt einer individuellen Versorgung Rechnung.</p> <p>Der Paritätische schlägt jedoch vor, im Satz 2 nach individueller Situation die Ergänzung „oder anderer Gründe“ einzufügen. Dieser Einschub ermöglicht, dass z.B. bei fehlenden regionalen Leistungserbringern, die Möglichkeit gegeben ist, dass die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen kann.</p>		
6.	DRK	<p>§ 1 Absatz 3 neu:</p> <p>Die Zulassung der Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit muss die Ausnahme bleiben.</p> <p>Die Position von GKV-SV und KBV wird unterstützt.</p>	<p>Das DRK sieht gesetzes-systematisch die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit als nachrangige Möglichkeit (bei fachlicher Gleichwertigkeit) an.</p> <p>Der Gesetzgeber sieht unseres Erachtens nicht den</p>	<p>GKV-SV, KBV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Ausbau spezialisierter Einrichtungen zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden (wie das in der Begründung durch die DKG genannt wird) vor, sondern eröffnet nur die Möglichkeit einer solchen Versorgungsform. Vorrangig sollte die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden nach § 37 SGB V durch Pflegedienste erfolgen.</p> <p>Zentrales Bewertungskriterium für Versorgungsformen ist in diesem Falle die Belastung der Patienten. Wenn Patienten eine spezialisierte Einrichtung aufsuchen (müssen), sind die (zusätzlichen) organisatorischen, finanziellen und körperlichen Belastungen zu betrachten. Fahrwege wären i.d.R. durch einen Krankentransportschein zu bewältigen. Dies gilt insbe-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>sondere für ländliche Gebiete, wo schon heute das Aufsuchen eines niedergelassenen Arztes äußerst schwierig sein kann. Auch unter dieser Betrachtung kann eine spezialisierte Einrichtung nur eine (anzahlmäßig geringe und lokal begrenzte) Ergänzung der vorhandenen Versorgungslandschaft sein.</p>		
7.	Diakonie	<p>§ 1 Absatz 3 neu: Die Konkretisierung der Voraussetzungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden außerhalb der Häuslichkeit sowie eine moderate Öffnung des Leistungsortes, ohne das verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen, werden von uns unterstützt.</p> <p>Wir sprechen uns hier für den Vorschlag von KBV, GKV-SV aus, allerdings unter Berücksichtigung einer Ergänzung in Satz 2:</p> <p>„Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der individuellen Situation oder anderer</p>	<p>Die Versorgung von chronischen und schlecht heilenden Wunden sollte vorrangig in der Häuslichkeit der/des Versicherten erfolgen. Dadurch lassen sich zusätzliche Belastungen der Patientin/des Patienten durch notwendige Krankenfahrten und ggf. auch Wartezeiten vor und nach der Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung vermeiden. Abgesehen davon wird durch die Vorrangigkeit der Behandlung in der Häuslichkeit auch der Organisations-</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 1 Absatz 3: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Gründe voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen</p>	<p>Kommunikations- und auch Kostenaufwand reduziert. Mit der Öffnung des Leistungsortes bei gleichzeitigem Beibehalt des Vorrangs der Häuslichkeit kann auf die individuelle Situation eingegangen werden.</p> <p>Die Diakonie Deutschland schlägt jedoch vor, im Satz 2 nach individueller Situation die Ergänzung „oder anderer Gründe“ einzufügen.</p> <p>Dieser Einschub ermöglicht, dass z. B. bei fehlenden regionalen Leistungserbringern, die Möglichkeit gegeben ist, dass die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen kann.</p>		
8.	VDAB	<p>Zu § 1 Absatz 3 neu Vorschlag des VDAB: Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig</p>	<p>Die Regelungen der Richtlinie über häusliche Krankenpflege (in Folge HKP RiL) betreffen grundsätzlich</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 1 Absatz 3 Satz 2 (Vorschlag KBV, GKV-SV):</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag § 1 Absatz 3	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen.</p> <p>Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunden aufgrund der individuellen Situation voraussichtlich nicht oder nicht voll umfänglich oder im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, sollkann die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen beziehungsweise ergänzt werden.</p>	<p>Maßnahmen der Behandlungspflege in der eigenen Häuslichkeit und nur als Ausnahme an anderen geeigneten Orten. Die Regelung sollte entsprechend ausformuliert sein. Dabei darf es kein „entweder – oder geben“, sondern es kommt auch ein Miteinander der möglichen Örtlichkeiten je nach individueller (Ausnahme-) Situation in Betracht</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV:</p> <p>Die vorgeschlagene Ergänzung trägt nicht zur Klarheit bei. Wenn mehrere Leistungserbringer im Bereich der pflegerischen Versorgung die chronische Wunde versorgen, kommt es zu problematischen Abstimmungs- und Koordinationsproblemen. Die anderweitige pflegerische Versorgung kann im Übrigen von anderen Pflegediensten übernommen werden, selbst wenn eine spezialisierte Einrichtung außerhalb der Häuslichkeit die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde übernehmen.</p> <p>DKG: siehe lfd. Nr. 1.</p>	

B-6.1.3 Stellungnahmen zur Änderung in § 3 Absatz 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
1.	AWO	(4) Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden.	Diese Formulierung dient der Klarstellung für die Leistungserbringung. Aus Sicht der AWO ist „und die Genehmigung“ zu löschen, da die Regelungen zur Genehmigung im § 6 <i>Genehmigung häuslicher Krankenpflege</i> beschrieben sind.	<p>Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4 Satz 2:</p> <p>AG: Dem Vorschlag auf Streichung wird nicht gefolgt, da die Rechtslage ein Genehmigungserfordernis vorsieht.</p> <p>Den Hinweisen der Stellungnehmer ist zu entnehmen, dass eine Konkretisierung erforderlich ist. Vor diesem Hintergrund wird eine differenzierte Darstellung zwischen Verordnung und Genehmigung vorgenommen. Der Beschlussentwurf wird entsprechend angepasst.</p>	<p>Änderung im BE:</p> <p>(4) Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.</p>
2.	ABVP	Dieser Absatz ist zu streichen.	Dass die Gewährung von häuslicher Krankenpflege eine ärztliche Verordnung voraussetzt, ist bereits hinreichend in den § 1 und 5 der Richtlinie geregelt. Die Regelung in Abs. 4 ist daher überflüssig.	<p>Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4 Streichung:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1</p> <p>Dem Vorschlag, den Absatz zu streichen, wird nicht gefolgt. Die Klarstellung der Rechtslage war notwendig geworden, weil es seitens der</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>Pflegedienste vermehrt zu Verordnungsanforderungen kam, die von der ursprünglichen Verordnung abweichen.</p> <p>PatV: Die Regelung soll die Patienten vor Mehrkosten schützen.</p>	
3.	ABVP	<p>Alternativ: Abs. 4 (neu)</p> <p>Im Rahmen der Verordnung von Präparaten für die Leistungserbringung sind die Leistungserbringer an die ärztlich verordneten Präparate gebunden. Dies gilt insbesondere für die Verordnung von Verbandsmitteln zur Wundversorgung.</p>	<p>Soweit hier ferner geregelt werden soll, dass die Leistungserbringer an die Verordnung und <u>die Genehmigung</u> gebunden sind, halten wir diese Formulierung insoweit für rechtlich bedenklich, als diese sich nicht nur auf die in der Begründung vorgetragene Verordnung von Verbandsmitteln bezieht, sondern auf alle Leistungen der Behandlungspflege.</p> <p>In der Praxis würde das bedeuten, dass ggf. zu Unrecht seitens der Kostenträger abgelehnte Leistungen der häuslichen Krankenpflege</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4 Änderung:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nummern 1 und 2.</p> <p>AG: Die Festlegung der ordnungsfähigen Produkte ist kein Gegenstand der HKP-RL, sondern wird in der Arzneimittel-Richtlinie geregelt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>nicht mehr vom Leistungserbringer erbracht werden dürfen, obwohl sie vom Arzt verordnet und damit von diesem als medizinisch notwendig erachtet worden sind. (So wird beispielsweise im Bereich der Insulingabe häufig die neben der Injektion ebenfalls verordnete Leistung des Blutzuckermessens von den Kassen abgelehnt, obwohl dies vom Arzt gefordert wird. Wird die Leistung Blutzuckermessung nicht genehmigt, dürfte diese nach der angestrebten Regelung nicht mehr vom Leistungsbringer erbracht werden, was die Leistungserbringung der genehmigten Insulingabe ggf. unmöglich macht). Aus unserer Sicht ist der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungserbringung vorrangig an</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>die ärztliche Anordnung gebunden. Die Genehmigung durch den Kostenträger hat im Bereich der häuslichen Krankenpflege keine anspruchsbegründende Wirkung für die Leistungserbringung, sondern regelt in erster Linie den Umfang der Kostentragung durch die Krankenkasse. Auch steht dem Versicherten das Recht zu, gegen die Ablehnung von Leistungen Widerspruch einzulegen oder zu klagen. Bis zu einer Entscheidung muss ggf. die Leistung auch weiter vom Leistungsbringer erbracht werden können, ansonsten liefe auch die Regelung von § 13 Abs. ... ins Leere.</p> <p><u>Zur Alt.</u> Soweit es im Bereich der</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Verordnung von Verbandsmitteln Probleme gibt, kann dies allenfalls über eine Regelung erfolgen, die sich mit der Verordnung von Präparaten, insbesondere zur Wundversorgung, befasst. Daher schlagen wir hier die genannte Alternative vor.</p>		
4.	bad e.V.	<p>Die Änderung von § 3 – hier: die Einführung eines neuen Absatz 4 („Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden.“) – hat zu unterbleiben.</p>	<p>Die Änderungen sind inhaltlich nicht korrekt bzw. missverständlich und im Übrigen selbst in den Teilbereichen, in denen sie eine zutreffende Aussage treffen, nicht erforderlich.</p> <p>Nicht jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege (im Folgenden „HKP“ genannt) wird auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht. Verwandte und Haushaltsangehörige nach Absatz 3 erbringen im Alltag einen Großteil</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4 Streichung: AG: Siehe lfd. Nummern 1 und 2.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>an Leistungen (z.B. Medikamentengaben), die fachlich unzweifelhaft der HKP zuzuordnen sind. Hiermit erfüllen sie eine gesamtgesellschaftlich wichtige Aufgabe. Der Wortlaut des § 3 Absatz 4 Satz 1 spricht dieser regelmäßig ohne Verordnung erfolgenden Aufgabenerfüllung zu Unrecht die Legitimität ab.</p> <p>Voraussetzung, um (haftungs-)rechtlich zur Erbringung von HKP-Leistung berechtigt zu sein, ist eine ärztliche Anordnung. Eine ärztliche Verordnung ist dagegen lediglich unter leistungsrechtlichen Gesichtspunkten erforderlich, damit ein gewerblicher Anbieter seine Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen kann. Leistungserbringungen außerhalb</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>des Leistungsrechts sind jedoch zulässig und in der Praxis keine Seltenheit. Insbesondere bei ärztlichen Verordnungen, die der gesetzliche Kostenträger regelmäßig ablehnt (z.B. Blutzuckermessungen ohne Vorliegen einer intensivierten Insulintherapie), führt die Resignation vieler Versicherten dazu, dass sie gar nicht erst versuchen, eine ärztliche Verordnung einzureichen und sich deshalb auch keine solche einholen. Gleichwohl erbringen Pflegedienste solche dringend medizinisch gebotenen Leistungen in der Praxis, auch ohne eine Vergütung von den gesetzlichen Kostenträgern zu erhalten. Hieran etwas zu ändern oder dies gar zu verbieten – was der Entwurfstext impliziert – ist weder im Sinne der Versicherten, noch kann</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>es im Sinne der Kostenträger sein.</p> <p>Die Regelung in Absatz 4 Satz 1 n.F. ist im Übrigen auch nicht erforderlich, um die ärztliche Verordnung zu stärken, da Pflegedienste deren Einholung schon unter den bestehenden Rahmenbedingungen aktiv unterstützen, um für ihre Leistungen entlohnt zu werden. Zusätzlicher „Anreize“ bedarf es somit nicht, zumal in der Praxis unter dem bestehenden Verordnungstext in dieser Hinsicht kein entsprechendes „Defizit“ besteht.</p> <p>Auch die Regelung in Absatz 4 Satz 2 n.F. ist je nach Einzelfall widersprüchlich und in jedem Fall entbehrlich.</p> <p>Zunächst muss festgehalten werden, dass die Bindung von gewerbli-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>chen Leistungserbringern systematisch im Rahmenvertrag nach § 132a SGB V und nicht in der HKP-Richtlinie zu verorten ist. Während es besagter Rahmenvertrag ist, der die Verpflichtungen der Pflegedienste im Einzelnen regelt und hierfür bewusst einen Vereinbarungsmechanismus vorsieht, dienen die HKP-Richtlinien als Vorgaben für die Ärztinnen und Ärzte, Verordnungen über Leistungen der HKP nur in rechtlich zulässigen Fällen auszustellen.</p> <p>Widersprüchlich ist die Regelung von ihrem Wortlaut zudem in allen (in der Praxis nicht unüblichen) Fällen, in denen die ärztliche Verordnung in Art und/ oder Umfang von der Genehmigung abweicht. In diesen Fällen kann der</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Leistungsbringer nur an die Verordnung oder die Genehmigung gebunden sein, nicht jedoch an beides.</p> <p>Der Terminus der „Bindung“ impliziert ferner fälschlich, dass der Leistungserbringer inhaltlich und zeitlich (im Hinblick auf den Verordnungszeitraum) an die Verordnung gebunden ist, auch nachdem eine (ggf. ablehnende) Entscheidung über die Verordnung getroffen wurde. Dies entspricht nicht der Rechtslage. Richtig ist auch, dass die ärztliche Verordnung dem Leistungserbringer rechtlich nicht verwehrt, die Versorgung des Versicherten vor dem Ende der Verordnungszeitraum einzustellen. Der Wortlaut von Satz 2 n.F. impliziert jedoch das Gegenteil.</p> <p>(Haftungs-)rechtlich</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>maßgeblich für den Leistungserbringer ist allein die ärztliche Anweisung, nicht die ärztliche Verordnung und auch nicht die leistungsrechtliche Beurteilung des Kostenträgers, die sich in der Genehmigung niederschlägt.</p> <p>Auch leistungsrechtlich maßgeblich ist die ärztliche Verordnung nur, solange keine Entscheidung über sie vorliegt. Ist diese Entscheidung getroffen, ist die Verordnung allenfalls (im Falle der Ablehnung einer Genehmigung) für den Zeitraum bis zur Entscheidung maßgeblich.</p> <p>Grundsätzlich ist ab dem Zeitpunkt der Entscheidung über die Verordnung ausschließlich die Genehmigung bzw. die Ablehnung der Genehmigung maßgeblich. Die ärztliche Verordnung</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>hingegen entfaltet nach der Ablehnung der Genehmigung bzw. der Erteilung einer Teil-Genehmigung (z.B. bei Genehmigung der Leistung in geringerem Umfang als verordnet) keinerlei rechtliche Bindungswirkung mehr. Der Entwurf von Satz 2 n.F. trifft aufgrund seiner Undifferenziertheit hier eine gegensätzliche und insofern inhaltlich unzutreffende Aussage.</p>		
5.	DBfK	<p>§ 3 a) Der DBfK spricht sich dafür aus, den Absatz 4 wie folgt zu ändern: „Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden.“</p>	<p>Pflegedienste werden aufgrund einer Verordnung der Ärztin/des Arztes tätig. Das Genehmigungsverfahren der Kostenträger kann mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Auch wenn in § 6 Abs. 6 der Genehmigungsvorbehalt beschrieben ist, sollte aus Sicht des DBfK die Handlungsfähigkeit der</p>	<p>Änderungsvorschlag § 3 Absatz 4: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Pflegedienste durch eine eindeutige Formulierung im § 3 unterstützt werden.		
6.	Caritas	§ 3 Absatz 4 neu: „Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden.“ Der Textteil „und die Genehmigung“ ist zu streichen.	Die Genehmigung der Häuslichen Krankenpflege ist umfassend in § 6 <i>Genehmigung häuslicher Krankenpflege</i> geregelt. Einer Ergänzung des § 3 zur Genehmigung bedarf es deshalb nicht.	Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4: AG: Siehe lfd. Nr. 1	
7.	Parität	§ 3 Absatz 4 neu: (4) Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden	Der Paritätische spricht sich hier für die unbedingte Streichung der Wörter „und die Genehmigung“ aus. Die Regelungen zur Genehmigung von häuslicher Krankenpflege sind im § 6 <i>Genehmigung von häuslicher Krankenpflege</i> beschrieben. In § 3 wird die Verordnung der häuslichen Krankenpflege beschrieben.	Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4: AG: Siehe lfd. Nr. 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
8.	Diakonie	<p>§ 3 Absatz 4 neu: Der Textteil „und die Genehmigung“ ist zu streichen „(4) Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden“</p>	<p>§ 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie regelt die Genehmigung von häuslicher Krankenpflege. Dagegen sollen in § 3 untergesetzliche Regelungen zur Verordnung getroffen werden und nicht auch noch zusätzlich zur Genehmigung. Aus unserer Sicht sind die Wörter „und die Genehmigung“ zu streichen.</p> <p>Außerdem wäre zu prüfen, ob der neue Absatz 4 insgesamt verzichtbar ist.</p> <p>Zu dieser Thematik möchten wir aus der Perspektive der Praxis anmerken, dass es gerade auch im Rahmen der Wundversorgung häufig der Fall ist, dass die Genehmigung der Krankenkasse von der eigentlichen Verordnung abweicht! Es werden z. B. Frequenzen gekürzt oder auch andere Leistungen als die verordnete Leistung genehmigt (z. B. statt</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Wundversorgung Medikamentengabe im Sinne einer Salbenapplikation). Von der Krankenkasse bezahlt werden nur die genehmigten Leistungen. Haftungsrechtlich kann es jedoch problematisch sein, nicht die verordnete Leistung zu erbringen, sondern Leistungen so wie sie genehmigt wurden. Insofern ist die genannte Regelung unzureichend, weil sie für die Pflegedienste nicht die erforderliche Klarheit und Sicherheit bringt. Fachlich gesehen darf es keine Abweichung der Genehmigung von der Verordnung geben. Wenn die Genehmigung der Krankenkasse von der Verordnung abweicht, dann hat auch die Krankenkasse die entsprechenden Konsequenzen zu tragen, wenn die Versorgung <u>nicht wie verordnet</u> ausgeführt wird.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
9.	VDAB	<p>Zu § 3 Absatz 4 neu</p> <p>Folgender Passus der Tragenden Gründe ist zu streichen:</p> <p>„In der Praxis kommt es vermehrt zu Verordnungsanforderungen seitens der Leistungserbringer, z.B. für Verbandsmittel, die von der eigentlichen Verordnung der Ärztin/des Arztes abweichen. Der Einsatz von entsprechenden Verbandsmaterialien hängt von der medizinischen Notwendigkeit ab.“</p>	<p>In der HKP RiL wird die grundsätzliche Leistungserbringung von Behandlungspflege geregelt. Die Richtlinie ist nicht geeignet, das mögliche Auseinanderfallen von Ansichten medizinischer Notwendigkeit zu regeln. Sollte ein Leistungserbringer aus fachlicher Sicht ein anderes Verbandsmaterial als sinnvoll erachten, so muss es ihm freistehen, dies mit dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin zu klären.</p> <p>Dieser Passus scheint einen solchen Diskurs zugunsten möglicher Mehrkosten und zu Lasten des Versicherten/der Versicherten gerade unterbinden zu wollen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zu Tragenden Gründen:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nummern 1 und 2.</p> <p>AG: Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand der Stellungnahme.</p>	
10.	VDAB	<p>Zu § 3 Abs. 4 neu:</p> <p>Der neu eingefügte Absatz 4 Satz 2 ist zu streichen oder wie folgt um Satz 3 zu ergänzen:</p>	<p>Maßgeblich für die Ausführung der Maßnahmen häuslicher Krankenpflege ist die ärztliche Verordnung. Eine Regelung zur</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 4 Satz 2:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nummern 1 und 2.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>„Stimmen Verordnung und Genehmigung nicht überein, ist der Leistungserbringer an die Genehmigung gebunden.“</p>	<p>Bindung ist somit überflüssig. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die folgende Genehmigung durch die Krankenkassen von der ärztlichen Verordnung abweicht. Satz 2 ist somit hinfällig. Der Leistungserbringer kann in der Erbringung einer Maßnahme nicht an unterschiedliche Vorgaben gebunden sein kann.</p> <p>Jedoch ist insbesondere bezüglich des Umganges mit dem möglichen Auseinanderfallen Rechtssicherheit zu schaffen. Es ist demnach klarzustellen, was in diesen Fällen gilt.</p> <p>Im Rahmen haftungsrechtlicher Sicherheit für die Leistungserbringer ist eine solche Klarstellung auch bezüglich der Feststellung von Verantwortlichkeiten dringend notwendig.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 3 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Die Krankenkassen prüfen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die Verordnung (Art, Umfang und Dauer) und legen die Notwendigkeit gegenüber dem Versicherter/der Versicherten und somit die Refinanzierung gegenüber dem Leistungserbringer fest.</p>		

B-6.1.4 Stellungnahmen zur Änderung in § 7 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
1.	AWO	Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt.	<p>Die Ergänzung der Überschrift und des Absatz 2 wird inhaltlich mitgetragen. Für die Formulierung des Absatzes 2 schlagen wir eine redaktionelle Überarbeitung vor, wie wir sie kenntlich gemacht haben.</p> <p>Sprachlich lässt sich dieser über drei Zeilen verlaufende Satz besser erfassen, wenn sowohl ein Komma nach „Pflegesituation“ als auch nach „Krankenpflege“ eingefügt sowie das Wort „in“ gestrichen wird.</p> <p>Alternativ kann auch der Einschub „insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen werden.</p>	<p>Änderungsvorschlag in § 7 Absatz 2:</p> <p>AG: Streichung kann nicht nachvollzogen werden. Die Interpunktion wird übernommen.</p>	<p>Änderung im BE: Es wird sowohl ein Komma nach dem Wort „Pflegesituation“ als auch nach dem Wort „Krankenpflege“ eingefügt.</p>
2.	ABVP	Zu § 7 Abs. 2 (neu)	Keine Einwände		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
3.	bad e.V.	Die Änderung von § 7 – hier: die Einfügung eines neuen Absatz 2 (<i>„Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.“</i>) – hat zu unterbleiben.	<p>Die Bedeutung der Kommunikation zwischen Pflegediensten und Ärzten / Ärztinnen ist unstrittig, ihr wird jedoch hinreichend durch den bisherigen Wortlaut des Absatzes 2 Rechnung getragen. Die Neuregelung sieht vorwiegend redaktionelle Änderungen (z.B. Umstellungen des Satzbaus) vor, die keine inhaltliche Relevanz haben sollten, auch wenn die Tatsache, dass eine Änderung des Wortlauts vorgesehen ist, vermuten lässt, dass eine andersartige Praktizierung der Regelung geplant ist.</p> <p>Inhaltlich neu im Vergleich zum bisherigen Wortlaut scheint jedoch lediglich zu sein, dass die Berichterstattungspflicht bislang ausschließlich Veränderungen der häuslichen Pflegesituation aufgrund der HKP betraf, während der Entwurfstext letzteren</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 7 Absatz 2:</p> <p>AG: Bei der Wundversorgung ist die Kommunikation zwischen Arzt und Pflegedienst von besonderer Bedeutung. Hierfür kann es auch erforderlich sein, dass von Seiten des Arztes Informationen beim Pflegedienst erfragt werden, denn Veränderungen im Heilungsverlauf fallen naturgemäß besonders während der regelmäßigen Verbandwechsel auf.</p> <p>Die Regelung des § 7 bezieht sich ausschließlich auf die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege. Die Konkretisierung bildet im Übrigen die geübte Praxis ab.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Aspekt nur noch beispielhaft nennt und die Berichterstattung nach Aufforderungen ausdrücklich aufnimmt. Da es jedoch Ziel der Veränderungen ist, insbesondere die Wundversorgung zu verbessern, muss darauf hingewiesen werden, dass diese stets in den Bereich der HKP fällt und eine Erweiterung der Berichterstattungspflicht über die HKP hinaus vor diesem Hintergrund nicht erforderlich ist.</p> <p>Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass es in der ständigen Praxis nicht das Problem gibt, dass Pflegediensten den sie beauftragenden Ärzten – auch auf Nachfrage – keine Auskünfte über die HKP erteilt. Insofern besteht im Hinblick auf Absatz 2 kein Handlungsbedarf.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
4.	bpa	Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt.	Insbesondere die Formulierung „in der häuslichen Pflegesituation“ ist deutlich zu unbestimmt. Die notwendigerweise weiterzugebenden Informationen müssen sich auf die für den Arzt zur Therapie relevanten Umstände beziehen. Der Pflegedienst kann nicht losgelöst von der im Rahmen der Verordnung vorgegebenen Behandlung zu allen evtl. Veränderungen der häuslichen Pflegesituation berichtspflichtig werden, ohne dass ein klarer Zusammenhang zur ärztlichen Behandlung erkennbar ist. Auskünfte solcher Art berühren regelmäßig die Privatsphäre und den Intimbereich des Patienten. Deren Weiterleitung bestimmt sich deshalb auch maßgeblich nach den datenschutzrechtlichen Vorbehalten und dürfte nur mit Einwilligung des Patienten legitim sein,	<p>Änderungsvorschlag zu § 7 Absatz 2:</p> <p>AG: Der G-BA hat die Formulierung bewusst offen gehalten, da verschiedene Faktoren in der häuslichen Pflege die Versorgung beeinflussen.</p> <p>Der G-BA geht davon aus, dass sich die Mitteilungspflicht ausschließlich auf Veränderungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der ärztlichen Behandlung beschränkt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>soweit die Weitergabe von Informationen nicht durch die ärztliche Behandlung gedeckt ist. Die Mitteilungspflicht muss sich folglich auf Veränderungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der ärztlichen Behandlung beschränken.</p> <p>Es bedarf auch einer Klarstellung, dass sich die Informationsweitergabe an den Arzt/die Ärztin nach deren Aufforderung auf die für die Behandlung relevante Sachlage beziehen muss (s.o.), weil diese Anforderung zusätzlich hinzukommt.</p>		
5.	Caritas	Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt.	Die Ergänzung der Überschrift und des Absatz 2 tragen wir inhaltlich mit. Für die Formulierung des Absatzes 2 schlagen wir jedoch nebenstehende redaktionelle Überarbeitung vor:	AG: Siehe lfd. Nr. 1.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Sprachlich lässt sich dieser über drei Zeilen verlaufende Satz besser erfassen, wenn sowohl ein Komma nach „Pflegesituation“ als auch nach „Krankenpflege“ eingefügt sowie das Wort „in“ gestrichen wird.</p> <p>Alternativ kann auch der Einschub „insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen werden.</p>		
6.	Parität	<p>Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Aufforderung durch die Ärztin oder den Arzt</p>	<p>Die Ergänzung der Überschrift und des Absatz 2 tragen wir inhaltlich mit. Für die Formulierung des Absatzes 2 schlagen wir eine redaktionelle Überarbeitung vor, wie wir sie kenntlich gemacht haben.</p> <p>Sprachlich lässt sich dieser über drei Zeilen verlaufende Satz besser erfassen, wenn sowohl ein Komma nach „Pflegesituation“ als auch nach „Krankenpflege“ eingefügt sowie</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 7 Absatz 2:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			das Wort „in“ gestrichen wird. Alternativ kann auch der Einschub „insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen werden.		
7.	VDAB	Zu § 7 Überschrift Die Überschrift ist wie folgt zu ändern: „Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt-/Krankenhäusern und Pflegediensten“	Das Komma zwischen „Vertragsarzt“ und „Krankenhaus“ ist zu streichen und durch einen Schrägstrich zu ersetzen. In der vorliegenden Konstellation geht es nicht um die Institution Krankenhaus, sondern um die im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, welche entsprechend Vertragsärzten berechtigt sind, Verordnungen auszustellen. Um das Verhältnis korrekt darzustellen, muss ein Schrägstrich anstelle eines irreführenden Kommas gesetzt werden.	Änderungsvorschlag zu § 7 Überschrift: AG: Keine Änderung	
8.	DGP	Zu Änderung in § 7 Bemerkung:	Leistungen der HKP-RL werden von geeigneten Pflegefachpersonen im	Änderungsvorschlag in § 7 Absatz 4:	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 2	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Eine gute Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten ist in der Wundversorgung unerlässlich. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden bedingt eine enge Absprache zwischen allen Beteiligten. Veränderungen im Heilungsverlauf fallen besonders während der regelmäßigen Verbandswechsel auf. Über diese berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin/dem behandelnden Vertragsarzt, welche/welcher über die dann erforderlichen Maßnahmen entscheidet. Die Therapiehoheit und Ordnungsverantwortung liegen bei der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt, die Durchführungverantwortung bei der jeweiligen Pflegefachperson. Daraus bedingt sich ein wechselseitiger enger Austausch und eine gemeinsame Koordinationsaufgabe.</p>	<p>Rahmen der Mitwirkung ärztlich veranlasster Maßnahmen eigenständig durchgeführt. Die übernehmende Pflegefachperson trägt die Durchführungsverantwortung und kann bei Schäden am Patienten haftbar gemacht werden (Übernahmeverschulden). Daraus resultiert eine geteilte Verantwortung von Vertragsärztin/Vertragsarzt, und Pflegefachpersonen und damit auch eine gemeinsame Koordinationsaufgabe.</p>	<p>AG: Kenntnisnahme</p>	

B-6.1.5 Stellungnahmen zur Änderung in § 7 Absatz 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
1.	AWO	Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.	<p>Mit der Ergänzung „... oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern, ...“ verbindet sich die Situation, dass zwischenzeitlich eine Versorgung der Wunde erfolgt, ohne dass die Dokumentation vor Ort beim Patienten vorliegt. Ein solches Behandlungsrisiko ist aus unserer Sicht auszuschließen.</p> <p>Des Weiteren schließen wir uns in diesem Zusammenhang den Ausführungen des GKV-SV an, der darauf hinweist, dass eine persönliche Inaugenscheinnahme durch die Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und für eine dem Wundzustand entsprechenden Verordnung notwendig ist.</p>	<p>KBV, PatV Die Pflegedokumentation verbleibt beim Patienten. Deshalb ist in den Tragenden Gründen unter Punkt 2.2.4 auch formuliert, dass die Vertragsärztin/der Vertragsarzt bei Bedarf und sofern keine unmittelbare Einsichtnahme, z.B. während eines Hausbesuches, möglich ist, eine Kopie der Pflegedokumentation vom Pflegedienst anfordert. Dies dient nicht dazu, Hausbesuche zu ersetzen, sondern soll den lückenlosen Informationsaustausch gewährleisten.</p> <p>GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>Änderung im BE: KBV, PatV: Der Beschlussentwurf wird in Ziffer 3 Buchstabe c) wie folgt gefasst: „In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: „Sofern ein Hausbesuch nicht erfolgt, kann sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bei Bedarf die Pflegedokumentation in Kopie vom Pflegedienst anfordern.““</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2.	ABVP	Zu Abs. 4 (neu) (Vorschlag) der KBV, PatV, DKG	<p>Soweit von KBV, PatV und DKG gefordert wird, dass bei Bedarf die Pflegedokumentation beim Pflegedienst angefordert werden darf, halten wir dies für rechtlich bedenklich.</p> <p>Da es sich bei den Inhalten der Pflegedokumentation um personenbezogene Daten handelt, dürfen diese nur erhoben und verarbeitet werden, soweit dies für jeweilige Tätigkeit erforderlich ist. Da nicht zwingend alle Inhalte der Pflegedokumentation für die Entscheidung über die Verordnung häuslicher Krankenpflege erforderlich sind, erscheint eine Über-sendung der vollständigen Pflegedokumentation nicht angemessen. Wenn überhaupt können allenfalls Auszüge aus der Pflegedokumentation, wie z.B. Wunddokumentation oder Blutdruckprotokolle, die ggf. für die Entscheidung einer Verordnung über</p>	<p>KBV/ PatV: Siehe lfd. Nr. 1 plus</p> <p>Durch die Regelungen werden keine Verletzungen des Datenschutzes provoziert. Darüber hinaus sah die BfDI keine Veranlassung zur Stellungnahme.</p> <p>GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>häusliche Krankenpflege erforderlich sein. Darüber hinaus können auch nur Kopien und nicht etwa Originale zur Verfügung gestellt werden, da die Pflegedokumentation zur Einsicht für den MDK u.a. ggf. Notarzt immer gewährleistet sein muss. Das Anfertigen von Kopien bedeutet aber einen erhöhten Verwaltungs- und Kostenaufwand, der nicht von den Kostenträgern refinanziert wird, zumal davon ausgegangen werden muss, dass Ärzte im Falle der Einräumung eines Anforderungsrechtes auch ausgiebig davon Gebrauch machen werden und dann auf einen möglicherweise sinnvolleren Hausbesuch verzichten.</p>		
3.	bad. e.V.		<p>Zum Vorschlag von KBV, PatV und DKG ist ergänzend zu bemerken, dass die HKP-Richtlinien ausdrücklich die Verpflichtung</p>	<p>KBV: Die Verpflichtung der verordnenden Ärzte/ Ärztinnen, dass diese sich von der Notwendig-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der verordnenden Ärzte/ Ärztinnen vorsieht, dass diese sich von der Notwendigkeit der verordneten Maßnahmen überzeugen müssen und dabei selbstverständlich auch die Pflegedokumentation einsehen dürfen. Eine gesonderte Verpflichtung von Pflegediensten, Pflegedokumentationen zu versenden, stellt insofern einen unnötigen bürokratischen Aufwand für die Leistungserbringer dar. Zusätzliche Bürokratische Belastungen von Pflegediensten ohne Mehrwert für die Versicherten haben zu unterbleiben.</p>	<p>keit der verordneten Maßnahme überzeugen müssen, wird nicht infrage gestellt. Nicht in jedem Fall muss dies über einen Hausbesuch erfolgen. Die Entscheidung darüber, ob ein Besuch aus medizinischer Sicht erforderlich ist, liegt bei der Ärztin/ beim Arzt. Da die Pflegedokumentation beim Patienten verbleibt und nicht in jedem Fall eine unmittelbare Einsichtnahme, z.B. während eines Hausbesuches, möglich ist, muss die Möglichkeit bestehen, eine Kopie der Pflegedokumentation, insbesondere der Wunddokumentation, beim Pflegedienst anzufordern und somit den lückenlosen Informationsaustausch zu gewährleisten.</p> <p>GKV, DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	
4.	bpa	GKV-SV	Bereits jetzt sollte Berücksichtigung finden, dass der	Änderungsvorschlag zu § 7 Absatz 4	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.</p> <p>KBV, PatV, DKG</p> <p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken</p> <p>Vorschlag: <i>„Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen bzw. diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken. Die Pflegedokumentation kann in Papierform oder in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden.“</i></p>	<p>Gesetzgeber im Rahmen der Digitalisierungsoffensive künftig eine Erweiterung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen zum sektorenübergreifenden Austausch von Dokumentationsunterlagen plant. Es sollte daher hier schon die Möglichkeit der Nutzung einer vollständig elektronischen Dokumentation beachtet werden.</p>	<p>DKG, GKV-SV, PatV: Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird nicht gefolgt:</p> <p>Die Anpassung der Richtlinie erfolgt auf der Grundlage der aktuellen Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund kann dem Vorschlag zum jetzigen Zeitpunkt nicht gefolgt werden. Fragen zur Digitalisierung müssen zunächst übergreifend geklärt werden, um die jeweiligen Schnittstellen der verschiedenen Beteiligten mit einzubeziehen. Dabei muss auch die Zugriffsmöglichkeit der weiteren an der Versorgung Beteiligten (insbesondere die der verordnenden Ärztinnen und Ärzte) im Rahmen einer digitalisierten Pflegedokumentation geklärt werden.</p> <p>KBV:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				Dem Vorschlag wird insofern gefolgt, als dass eine Ergänzung der Tragenden Gründe unter 2.2.4 erfolgt: „Der Pflegedienst macht diese der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt auf dem Postweg, per Fax, digital oder mittels persönlicher Übergabe zugänglich.“	
5.	Caritas	<p>§ 7 Absatz 4: „Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.</p> <p>Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird von uns abgelehnt.</p>	Wird die Pflegedokumentation vom Vertragsarzt / der Vertragsärztin angefordert und liegt deshalb – wenn auch nur kurzzeitig – nicht im Haushalt der Patientin / des Patienten vor, kann eine Situation eintreten, in der eine Versorgung der Wunde erfolgt, ohne dass Einsicht in die Dokumentation genommen werden kann. Ein solches Behandlungsrisiko ist aus unserer Sicht zwingend auszuschließen.	<p>KBV, PatV: Siehe lfd. Nr. 1</p> <p>GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Wir schließen uns hier den Ausführungen des GKV-SV an, der darauf hinweist, dass eine persönliche Inaugenscheinnahme durch die Vertragsärztin/ den Vertragsarzt zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und für eine dem Wundzustand entsprechenden Verordnung notwendig ist.</p> <p>Es kann nicht Ziel dieser Ausführung sein, Ärzte / Ärztinnen von ihrer Pflicht, die Patientinnen und Patienten in Augenschein zu nehmen, durch Vorlage der Dokumentation zu entbinden. Der behandelnde Arzt / die Ärztin muss gerade bei chronischen und schwer heilenden Wunden das Wundgeschehen auch vor dem Hintergrund des Gesamtgesundheitszustandes des Patienten / der Patientinnen beurteilen und die Behandlung dann ggf. anpassen. Das kann</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>die Vorlage der Dokumentation nicht ersetzen.</p> <p>Dem behandelnden Arzt/der Ärztin eine Kopie der Wunddokumentation und ggf. auch weiterer für die Behandlung relevante Teile der Pflegedokumentation nach Absprache und vorzugsweise in digitaler Form zu übermitteln, bleibt davon unberührt.</p>		
6.	DBfK	§ 7 Der DBfK schließt sich den Ausführungen des GKV-SV an.	<p>Ärzte/Ärztinnen und Pflegedienste sind gleichermaßen verpflichtet, sich bei Veränderungen gegenseitig zu informieren. Aus Sicht des DBfK ist es nicht zielführend, die Ärzte/Ärztinnen von ihrer Pflicht, die Patienten in Augenschein zu nehmen durch eine Vorlagepflicht der Dokumentation, zu entbinden. Behandelnde Ärzte müssen vor dem Hintergrund des Gesamtgesundheitszustandes der Patientin/des Patienten eine Wunde beurteilen und ggf.</p>	<p>KBV, PatV: Siehe lfd. Nr. 1</p> <p>GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			die Behandlung anpassen. Die Vorlage der Dokumentation kann eine Inaugenscheinnahme nicht ersetzen.		
7.	DGP	<p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.</p> <p>Die Pflegedokumentation mit Aufnahmeassessment, Verlaufsbeobachtungen und regelmäßiger Einschätzung und Evaluation ermöglicht dem Vertragsarzt einen Überblick über die Wundsituation, Veränderungen und den Verlauf. Auf dieser Grundlage sind in Absprache zwischen Vertragsarzt und Pflege weiteres Vorgehen und ggf. Anpassungen der Wundversorgung abzusprechen, anzuordnen und umzusetzen.</p>	<p>Im Rahmen der Anordnungs- und Therapieverantwortung ist eine regelmäßige Inaugenscheinnahme der Wunde durch den Arzt/die Ärztin ist für die Sicherung des Behandlungserfolges notwendig sowie unabdingbar. Diese Verantwortung kann nicht auf den Pflegedienst abgewälzt werden.</p> <p>Sollte der Arzt/die Ärztin trotzdem die Wunddokumentation des Pflegedienstes anfordern, sind zwingend die Regeln der DSGVO durch den Arzt/die Ärztin einzuhalten (Art. 9 Abs. 1 DSGVO). Ferner ist zu prüfen, ob eine Rechtsgrundlage besteht, die die Übermittlung der Pflegedokumentation</p>	<p>KBV, PatV: Siehe lfd. Nr. 1 und zusätzlich:</p> <p>Selbstverständlich sind alle Beteiligten an die DSGVO gebunden.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass sowohl Arzt als auch Pflegedienst an die Schweigepflicht gebunden sind, ist keine Entbindung dieser erforderlich.</p> <p>Die Frage der Kostenübernahme der Kopierkosten ist im Rahmen der Anpassung der HKP-RL nicht zu klären.</p> <p>GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>an den Vertragsarzt/die Vertragsärztin zulässt und das Einholen einer Schweigepflichtsentbindungserklärung etc notwendig ist.</p> <p>Des Weiteren ist die Frage der Kostenübernahme der Kopierkosten und des Portos zu klären.</p>		
8.	DRK	<p>§ 7 Absatz 4 Ergänzung von KBV, PatV, DKG „... oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern, ...“ Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.</p>	<p>Die Ergänzungsformulierung von KBV, PatV, DKG wird dahingehend interpretiert, dass ein Hausbesuch nicht stattfindet, sondern sich der Vertragsarzt die Pflegedokumentation zusenden lässt.</p> <p>Die Bewertung des Zustands von chronischen und schwer heilenden Wunden geschieht über komplexe Wahrnehmungsprozesse. Dazu gehört u.a. die dreidimensionale Wahrnehmung und der Geruch der Wunde. Es ist daher notwendig, dass sich der Vertragsarzt in</p>	<p>KBV, PatV: Siehe Nr. 1 GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Abständen selbst ein Bild von dem Wundzustand und dem Heilungsprozess macht.		
9.	Diakonie	<p>§ 7 Absatz 4 Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.</p>	<p>Hier schließen wir uns den Ausführungen des GKV-SV an, der darauf hinweist, dass eine persönliche Inaugenscheinnahme durch die Vertragsärztin/dem Vertragsarzt zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und für eine dem Wundzustand entsprechenden Verordnung notwendig ist.</p> <p>Es kann nicht Ziel dieser Ausführung sein, Ärztinnen/Ärzte von ihrer Pflicht, die Patientinnen und Patienten in Augenschein zu nehmen, durch Vorlage der Dokumentation zu entbinden. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss gerade bei chronischen und schwer heilenden Wunden das Wundgeschehen auch vor</p>	<p>KBV, PatV: Siehe lfd. Nr. 1 plus Die persönliche Inaugenscheinnahme durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt wird durch diese Regelung nicht infrage gestellt. Allerdings fallen Veränderungen im Heilungsverlauf naturgemäß besonders während der regelmäßigen Verbandwechsel auf. Da nicht immer ein Hausbesuch angezeigt bzw. sofort möglich ist, ermöglicht die Übermittlung der Dokumentation der Ärztin/dem Arzt eine adäquate und zeitnahe Reaktion.</p> <p>GKV, DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			dem Hintergrund des Gesamtgesundheitszustandes der Patientin/des Patienten beurteilen und die Behandlung dann ggf. anpassen. Das kann die Vorlage der Dokumentation nicht ersetzen		
10.	Parität	Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.	Mit der Ergänzung „[...] oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern, [...]“ verbindet sich die Situation, dass zwischenzeitlich eine Versorgung der Wunde erfolgt, ohne dass die Dokumentation vor Ort beim Patienten / bei der Patientin vorliegt. Ein solches Behandlungsrisiko ist aus unserer Sicht auszuschließen. Wir schließen uns in diesem Zusammenhang den Ausführungen des GKV-SV an, die darauf hinweisen, dass eine persönliche Inaugenscheinnahme durch die Vertragsärztin/	KBV, PatV: Siehe lfd. Nr. 9 GKV, DKG: zustimmende Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>den Vertragsarzt zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und für eine dem Gesamtgesundheitszustand und des Wundzustandes des Patienten / der Patientin entsprechende Anordnung notwendig ist.</p> <p>Es kann nicht Ziel dieser Ausführung sein, Ärzte / Ärztinnen von ihrer Pflicht, die Patientinnen und Patienten in Augenschein zu nehmen, durch Vorlage der Dokumentation zu entbinden. Der behandelnde Arzt / die Ärztin muss gerade bei chronischen und schwer heilenden Wunden das Wundgeschehen auch vor dem Hintergrund des Gesamtgesundheitszustandes des Patienten / der Patientinnen beurteilen und die Behandlung dann ggf. anpassen. Das kann die Vorlage der Dokumentation nicht ersetzen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
11.	VDAB	<p>Zu § 7 Absatz 4</p> <p>Sofern KBV, PatV und DKG fordern: „oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern“ ist dieser nicht nachzukommen!</p>	<p>Die Pflegedokumentation befindet sich grundsätzlich – so lange das Dienstleistungsverhältnis besteht – im Haushalt des Versicherten/der Versicherten. Leistungserbringer haben keinen ständigen und vor allem barrierefreien Zugriff auf die Dokumentation. Es würde daher einen erheblichen Aufwand darstellen, der Anforderung der Dokumentation nachzukommen. Ein solcher Aufwand ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Vergütungspflichtig sind ebenfalls die entstehenden Kopier- und Portokosten, da eine Regelung über die Herausgabe von Originalen nicht mit den Eigentumsrechten an der Dokumentation vereinbar ist.</p> <p>Es handelt es sich um eine Forderung nach einer Vereinbarung zu Lasten und auf Kosten Dritter!</p>	<p>KBV, PatV: Siehe lfd. Nr. 9</p> <p>GKV, DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung in § 7 Absatz 4	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Im Übrigen ist für diese Art der Anforderung von Unterlagen der Pflegedokumentation die Einwilligung des Versicherten/der Versicherten unumgänglich. Es handelt sich grundsätzlich um eine andere Situation, als bei der möglichen Einsichtnahme vor Ort in Anwesenheit des Versicherten/der Versicherten. Eine pauschale Weitergabe ohne Einwilligung in die unter Umständen mehr als Behandlungspflege umfassende Dokumentation stellt einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Versicherten/der Versicherten dar.</p> <p>Grundsätzlich muss sich der Arzt/die Ärztin selbst durch Inaugenscheinnahme einen Eindruck von der medizinischen Situation machen.</p>		

B-6.1.6 Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	AWO	<p>Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Verordnungsvoraussetzungen: - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung);</p> <p>- ab Dekubitus Grad 2 (Teilverlust der Haut) sind die Leistungen nach dieser Nummer nur im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 31 oder 31a [PatV: und 31b] verordnungsfähig.</p>	<p>Der AWO Bundesverband schlägt vor, dass als Voraussetzung für den Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung nur der erste Spiegelstrich aufgeführt wird, in dem es heißt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung). <p>Der nachfolgende Spiegelstrich kann ersatzlos gestrichen werden, da ab Grad 1 bedeutet, dass bei höheren Graden auch der Positionswechsel über diese Leistungsnummer durch die Ärztin/ den Arzt verordnet werden kann.</p> <p>Des Weiteren ist der zweite Spiegelstrich auch fachlich abzulehnen. Die darin formulierte Abhängigkeit zur Leistung 31a (PatV: 31b) beabsichtigt ggf. die Sicherung der</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12:</p> <p>AG: Der Intention der Stellungnehmer wird gefolgt. In bestimmten Fällen kann auch bei einem Dekubitus Grad 2 der Positionswechsel ohne eine Wundversorgung notwendig sein. Dies wurde durch den G-BA nunmehr klargestellt.</p>	<p>Änderung im BE:</p> <p>AG</p> <p>In der Bemerkungsspalte wird Satz 2 durch folgende Sätze 2 und 3 ersetzt:</p> <p>„Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig. Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit der Nr. 31 oder 31a verordnungsfähig.“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Wundversorgung, trifft jedoch nicht in jedem Fall zu und fachlich abzulehnen. Bei Grad 2 kann sich der Druckschaden der Haut als Blasenbildung darstellen. In dieser Situation erfolgt keine Wundversorgung gem. Ziffer 31a.</p>		
2.	AWO	<p>Bemerkungen Satz 7: Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst <u>in der Dokumentation festzuhalten. zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).</u></p>	<p>Des Weiteren möchten wir hinsichtlich der Anforderung an das Führen eines Lagerungsprotokolls oder Bewegungsplans darauf hinweisen, dass nur die Leistung des Pflegedienstes protokolliert werden kann. Die ggf. durchgeführten Lagerungswechsel durch Angehörige können nicht Bestandteil der Dokumentation sein. Daher schlägt die AWO vor, den Satz umzuformulieren und die Dokumentation des Pflegedienstes zu benennen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12: AG: Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p>Änderung Satz 7: AG: Satz 8 wird wie folgt gefasst: „Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen).“ Sowie Folgeänderung in Satz 9 und vergleichbare Änderung in Nr. 31 und 31a: Die</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
					Wörter „das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan“ werden ersetzt durch die Wörter „dokumentierten Positionswechsel“
3.	bad e.V.	Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der HKP (Leistungsverzeichnis) ist der Terminus „ Dekubitus Grad “ stets durch die „ Dekubitus Kategorie “ zu ersetzen.	Bei einem Dekubitus entspricht die pflegfachliche Einteilung in „Kategorien“ heute der gängigen, dem aktuellen Stand des Wissens entsprechenden Fachsprache.	Änderungsvorschlag zu Nr. 12: AG: Die Verwendung des Begriffes <i>Dekubitus Grad</i> ist in den Tragenden Gründen erläutert.	
4.	bad e.V.	Zu Nr. 12 des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen: „Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen durch Anlei-	Die Regelung ist nicht erforderlich. Sowohl § 37 SGB V (z.B. in Absatz 3) als auch die HKP-Richtlinien (z.B. in § 6 Absatz 3 und Leistungsverzeichnis	Änderungsvorschlag zu Bemerkungsspalte in Nr. 12, Streichung: AG: Der Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung ist –	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><i>tion (Nr. 7) dazu befähigt werden, soweit möglich die Lagerung selbstständig übernehmen zu können.“</i></p>	<p>Nr. 7) regeln das berechnete Interesse, pflegende Angehörige zur Übernahme von Leistungen der HKP zu qualifizieren, in ausreichendem Maße. Eine nochmalige Aufnahme dieser Zielsetzung impliziert fälschlich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass der vorherige Versuch der Anleitung von Angehörigen Voraussetzung für die HKP-Verordnung zur Erbringung der eigentlichen Leistung sei und 2. dass die Übernahme von anderen HKP-Leistungen, bei denen das Leistungsverzeichnis die Möglichkeit der Übernahme der Leistung durch Haushaltsangehörige nicht nochmals ausdrücklich in den 	<p>ausweislich des Beschlussvorschlags – in individuell festzulegenden Zeitabständen erforderlich. Zur Sicherung des Behandlungserfolges ist es daher zielführend, dass Angehörige oder Personen in der Häuslichkeit eine Lagerung vornehmen können, wenn der Versicherte seine Lagerungsposition ungünstig verändert hat. Der Pflegedienst ist nicht ständig vor Ort und kann nicht immer bei Bedarf eingreifen. Daher ist es notwendig, dass Angehörige bzw. Personen im gleichen Haushalt diese Leistung - soweit möglich - übernehmen. Um die vorgenannten Personen diesbezüglich anzuleiten, sieht das Leistungsverzeichnis mit der Leistung Nr. 7 eine eigenständige Leistung „Anleitung“ vor, auf die der G-BA Bezug nimmt. Im Übrigen wurde keine Änderung der bisher gültigen Regelung vorgenommen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Bemerkungen aufgeführt wird, nicht angestrebt werde.	Dieser Sachverhalt ist - anders als vom Stellungnehmer dargestellt - daher anders zu bewerten, als der Verordnungsausschluss nach § 37 Abs. 3 SGB V.	
5.	bad e.V.	Zu Nr. 12 des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen: <i>„Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).“</i>	Die Regelung verstößt gegen die Systematik der HKP-Richtlinien: Letztere dienen dem Zweck, die Rechte und Pflichten der verordnenden Ärztinnen und Ärzte zu regeln bei der Ausstellung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. u.a. Vortext zu § 1 der HKP-Richtlinien). Im Gegensatz hierzu werden die (Dokumentations-) Verpflichtungen von Pflegediensten in deren Verträgen zu den gesetzlichen Krankenkassen – hier: im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 132a SGB V - und nicht in der HKP-Richtlinie geregelt.	Änderungsvorschlag in Nr. 12: AG: Siehe lfd. Nr. 2 Zusätzlich: Die Dokumentation der Positionswechsel verfolgt hier nicht das Ziel der Festlegungen nach § 132a SGB V (insbes. Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 3), sondern dient der Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung im Sinne von § 37 Abs. 2 SGB V, weil dank der Dokumentation auch bei wechselndem Personal nachvollziehbar ist welche Positionswechsel stattgefunden haben oder für den Arzt einsehbar wird, wie die Behandlung erfolgt und ob sie erfolgreich ist.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Die Trennung der o.g. Regelungsbereiche ist nicht nur dogmatischer Natur, sondern hat praktische Gründe: Anders als die Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V sehen die HKP-Richtlinien für ihre Verbindlichkeit keine Vereinbarung mit den Leistungserbringern voraus. Der § 132a SGB V sieht hingegen eine solche vor, damit die berechtigten Belange der Leistungserbringer in angemessenem Maße berücksichtigt werden. Eine Regelung der (Dokumentations-) Pflichten von Pflegediensten würde insofern eine unzulässige Umgehung dieses Schutzmechanismus darstellen.</p> <p>Ferner impliziert der Wortlaut des Entwurfs an dieser Stelle fälschlich, dass bei Nichtvorliegen be-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>stimmter Dokumentationsbestandteile die ärztliche Verordnung nicht auszustellen ist. Dies steht jedoch im Widerspruch zu der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie die ihn betreffende Versorgung dokumentiert ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen.</p> <p>Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.		
6.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 12 des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:</p> <p>„Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan sowie ggf. das Wundprotokoll, ggf. die Fotodokumentation (siehe Nr. 31 und 31a [PatV: und 31b]) und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Leistung erfolgreich</p> <p>Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage.</p> <p>Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p> <p>4</p>	Die Bezugnahme auf bestimmte Dokumentationsbestandteile impliziert fälschlich, dass bei Nichtvorliegen solcher Dokumentationsbestandteile bzw. bei Defiziten in der Dokumentation die ärztliche Verordnung nicht auszustellen ist. Dies steht jedoch im Widerspruch zu der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie die ihn betref-	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12:</p> <p>AG: Ziel der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ist die Sicherung der Behandlung und die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Mit der Verordnung von häuslicher Krankenpflege werden Leistungen veranlasst, die die oben genannte Zielstellung haben. Ziel des gesetzlichen Auftrages an den G-BA ist es, die Wundversorgung insgesamt zu verbessern. Daher ist es von besonderer Relevanz, dass der verordnungsberechtigten Ärztin/dem verordnungsberechtigten Arzt alle</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>ist, ggf. angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.“</p>	<p>fende Versorgung dokumentiert ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen. Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.</p> <p>Darüber hinaus gilt: Vor jeder Verordnung muss sich die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt persönlich von der medizinischen Notwendigkeit der verordneten Maßnahme</p>	<p>notwendigen Informationen vorliegen, um beurteilen zu können, ob die bisher verordneten Leistungen zweckmäßig und ausreichend waren, bevor eine Folgeverordnung ausgestellt wird. Insbesondere bei einem Dekubitus gilt es, schnellstmöglich eine effektive Druckentlastung an den betroffenen Arealen herbeizuführen. Durch die Sichtung der Pflegedokumentation ist es dem Arzt möglich, den Erfolg der verordneten Maßnahmen besser einzuschätzen und ggf. die ärztliche Behandlung anzupassen. Insbesondere zur Vermeidung einer Verschlimmerung eines Dekubitus ist auch zu prüfen, ob das im vorliegenden Einzelfall in der häuslichen Situation überhaupt gelingen kann. Daher ist die Sichtung der genannten Pflegedokumentation unter qualitätsgesichtspunkten vor der Ausstellung der Folgeverordnung wichtig.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>überzeugen. Dies ergibt sich bereits aus § 37 SGB V. Dies ist aber auch in den HKP-Richtlinien ausdrücklich in § 3 Absatz 1 Satz 1 geregelt und gilt für jede HKP-Verordnung. Einer nochmaligen Ausführung dieser Pflicht bedarf es nicht. Im Gegenteil: Die gesonderte Ausführung unter den Bemerkungen in Ziffer 12 impliziert fälschlich, dass die o.g. Pflicht bei Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung in einem höheren Maße gilt, als bei anderen HKP-Leistungen. Dies ist jedoch nicht der Fall.</p> <p>Im Übrigen ist es vorrangig wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte zu einer fachlich fundierten Einschätzung der zu verordnenden HKP-Leistungen kommen, und nicht so sehr, wie sie zu dieser Einschätzung gelangen. Es sollte deshalb</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>unterlassen werden, zusätzliche Formalien zu regeln, die Ärztinnen und Ärzte in der Art und Weise der Erlangung ihrer fachlichen Einschätzung einschränken, zumal dies das Genehmigungsverfahren für medizinisch notwendige HKP-Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, unnötig erschwert.</p> <p>Die Regelung zur Einschätzung, ob eine Leistung unter ambulanten Bedingungen erfolgsversprechend ist, könnte vor dem Hintergrund übernommen werden, dass dieser Aspekt im Falle eines neu geregelten Leistungsanspruchs auf eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit relevant wird. Wobei auch in diesem Zusammenhang angemerkt werden muss, dass es der Ausstellung einer HKP-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungs-fähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			Verordnung bereits imman-ent ist, dass die verord-nende Ärztin bzw. der ver-ordnende Arzt die ambu-lante Leistungserbringung nicht nur für möglich, son-derm sogar für geboten hält.		
7.	bpa	<p>Nr. 12 Positionswechsel zur Dekubitusbe-handlung Bemerkungen [...] Ein Lagerungsprotokoll oder Bewe-gungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zei-ten, Lagerungspositionen) [...]</p>	Das Führen eines Lage-rungsprotokolls oder Be-wegungsplans mit dem Ziel die Positionswechsel zu dokumentieren, ist in der häuslichen Kranken-pflege nicht zielführend durchführbar. Der Pflege-dienst erbringt im Rahmen der ihm übertragenen häuslichen Krankenpflege die verordnete Leistung. Die Lagerung oder Bewe-gungsübungen sind keine verordnungsfähigen Be-handlungspflegeleistungen und erfordern, wie die Do-kumentation des Positi-onswechsels, die durch-gängige Anwesenheit des Pflegedienstes. Andern-falls kann er weder eine	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 12: AG: Siehe lfd. Nr. 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Lagerung noch eine Bewegung planen, durchführen oder registrieren. Daher könnte der Pflegedienst, abgesehen von den geschilderten anderen Problematiken, maximal eine unvollständige Dokumentation führen. Das Führen einer Dokumentation zur Feststellung, Überprüfung oder Initiierung eines Positionswechsels ist allerdings nur dann indiziert und zielführend, wenn eine umfassende Überwachung möglich ist und daraus die relevanten Schlussfolgerungen gezogen werden können. Diese Voraussetzung liegt in der häuslichen Pflege, bei punktueller Anwesenheit des Dienstes, nicht vor. Daneben führt die Erstellung eines Bewegungs- oder Lagerungsprotokolls in jedem Fall zu erheblichen zusätzlichen Aufwänden. Diese wären trotz Zielverfehlung</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			und der zuvor aufgeführten Problematik der Dokumentation, vergütungsrelevant.		
8.	DBfK	Nr. 12 Grundsätzliches zur Dekubitusbehandlung Der DBfK regt an, von „ Kategorie/Stadium “ in der HKP Richtlinie zu sprechen und nicht den obsoleten Begriff „ Grad “ zu verwenden	Die Terminologie „Kategorie/Stadium“ wird seit Veröffentlichung des überarbeiteten Expertenstandards Dekubitusprophylaxe im Jahr 2017 verwendet (siehe S. 10, S. 52-53). Auch in den neuen Qualitätsprüfrichtlinien und den Maßstäben und Grundsätzen vollstationär wird der aktualisierte Begriff zukünftig verwendet. Um die Fachöffentlichkeit nicht zu verwirren, sollte der aktuelle Begriff verwendet werden.	Änderungsvorschlag zu Nr. 12: AG: Siehe lfd. Nr. 3	
9.	DBfK	Nr. 12 Lagerungsprotokoll/ Bewegungsplan Dem Pflegedienst ist es nicht möglich einen Lagerungs-/ Bewegungsprotokoll über 24h zu führen. Der DBfK regt folgende Formulierung an	Der Pflegedienst kann ausschließlich die Lagerung dokumentieren, die er bei seinem Hausbesuch durchführt. Anders als in der stationären Pflege führen häufig	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 12: AG: Siehe lfd. Nr. 2	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		„Der Pflegedienst berät zur Notwendigkeit der Druckentlastung und informiert die Patientin/den Patienten sowie die Angehörigen/Bezugspersonen über die Vorteile einer systematischen Dokumentation.“	Angehörige/Bezugspersonen einen Großteil der Lagerungen/Bewegungen über den Tag verteilt durch. Der Pflegedienst hat somit keinen Einfluss auf die korrekte Einhaltung und Dokumentation der notwendigen Lagerungen/Bewegungen.		
10.	DBfK	Grundsätzliches zum Lagerungsprotokoll und Bewegungsplan Der DBfK regt an die Terminologie „Lagerungs-/ Bewegungsplan“ sowie „Lagerungs-/ Bewegungsprotokoll“ zu verwenden	Die Begriffe sind aus pflegefachlicher Sicht zu konkretisieren. Im Bewegungs- und Lagerungsplan werden die Bewegung/ Lagerung geplant - im Bewegungs-/ Lagerungsprotokoll wird die Durchführung protokolliert.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 12: AG: Siehe lfd. Nr. 2	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
11.	Caritas	<p>Leistungsverzeichnis Nr.12: „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“</p> <p>„Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Verordnungsvoraussetzungen: - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig.</p> <p>Wir lehnen zudem die Ergänzung innerhalb der Spalte „Bemerkungen“:</p> <p>„Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).“</p> <p>und schlagen stattdessen die Formulierung:</p> <p>„Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Pflegedokumentation festzuhalten.“</p> <p>vor.</p>	<p>Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass als Voraussetzung für den Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung nur der erste Spiegelstrich „- ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) beibehalten wird.</p> <p>Der nachfolgende Spiegelstrich kann ersatzlos gestrichen werden, da „ab Grad 1“ bedeutet, dass bei höheren Graden auch der Positionswechsel über diese Leistungsnummer jeweils durch die Ärztin/ den Arzt verordnet werden kann.</p> <p>Zudem ist der zweite Spiegelstrich auch aus fachlicher Sicht abzulehnen. Die darin formulierte Abhängigkeit zur Leistung 31a (PatV: 31b) beabsichtigt zwar die Sicherung der Wundversorgung, trifft jedoch nicht in jedem Fall zu. Ein Dekubitus Grad 2 kann auch in Form einer</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12, Dokumentation:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1 und 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Blasenbildung der Haut Vorliegen; in diesem Fall würde keine Wundversorgung nach Ziffer 31a erfolgen.</p> <p>Mit Blick auf die Anforderung an das Führen eines Lagerungsprotokolls oder Bewegungsplans möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass hier nur eine vom Pflegedienst erbrachte Leistung dokumentiert werden kann.</p> <p>Ggf. durchgeführte Positionswechsel durch Angehörige oder andere an der Versorgung beteiligte Personen können nicht Bestandteil der Dokumentation sein.</p> <p>Das hat dann allerdings auch zur Folge, dass Lagerungsprotokolle bestenfalls lückenhaft geführt werden und damit jeglicher Aussagekraft entbehren.</p> <p>Zudem dient ein Lagerungsprotokoll lediglich</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			dem (zusätzlichen) Nachweis einer Leistung, die ohnedies im Leistungsnachweis nachgewiesen wird. Positionswechsel können auch ohne Verwendung eines zusätzlichen Formulars in der Pflegedokumentation nachgewiesen werden oder in einem Bewegungsplan festgeschrieben sein.		
12.	Parität	Leistungsverzeichnis Nr. 12 „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“ Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Verordnungsvoraussetzungen: - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung); - ab Dekubitus Grad 2 (Teilverlust der Haut) sind die Leistungen nach dieser Nummer nur im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 31 oder 31a [PatV: und 31b] verordnungsfähig.	Der Paritätische spricht sich dafür aus, als Verordnungsvoraussetzung lediglich den ersten Spiegelstrich aufzuführen, in dem es heißt: <ul style="list-style-type: none">- ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung). Der zweite Spiegelstrich sollte unserer Auffassung nach ersatzlos gestrichen werden, da bereits der erste Spiegelstrich die Verordnungsfähigkeit über diese Leistungsnummer	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12, Ziel: AG: Siehe lfd. Nr. 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>bei höheren Dekubitusgraden impliziert.</p> <p>Der zweite Spiegelstrich ist des Weiteren aufgrund der Verknüpfung mit der Leistung 31a [PatV: und 31b] abzulehnen. Diese beabsichtigt ggf. die Sicherung der Wundversorgung, dies trifft jedoch nicht in jedem Fall zu. Der Druckschaden der Haut eines Dekubitus Grad 2 kann sich z.B. mit Blasenbildung darstellen. In dieser Situation erfolgt keine Wundversorgung gem. Ziffer 31a.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Satz 7:</p> <p>Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die der Positionswechsel, der durch den Pflegedienst erfolgt, ist durch den Pflegedienst in der Pflegedokumentation festzuhalten. zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen)</p>	<p>Der Paritätische weist darauf hin, dass vom Pflegedienst ausschließlich Leistungen dokumentiert werden können, die vom Pflegedienst durchgeführt wurden. Die Lageveränderungen, die durch Angehörige durchgeführt wurden, können nicht Bestandteil der Dokumentation sein. Der Pflegedienst hat keinen Einfluss auf die korrekte Durchführung und Einhaltung sowie Dokumentation der Positionswechsel, die durch Angehörige durchgeführt werden. Das Führen eines Lagerungsprotokolls als Bedingung für die Leistungsfinanzierung ist aus unserer Sicht daher nicht möglich. Wir schlagen vor, die Dokumentation der Leistung durch den Pflegedienst in dem Satz zu benennen und den Satz folgendermaßen zu formulieren:</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12, Dokumentation:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Der Positionswechsel, der durch den Pflegedienst erfolgt, ist durch den Pflegedienst in der Pflegedokumentation festzuhalten.		
13.	Parität	<p>Folgende Änderung ist erforderlich: Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:</p> <p>Dekubitus ab Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnung für jeweils bis zu 4 Wochen</p> <p>Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnung für jeweils bis zu 7 Tage.</p> <p>Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnung jeweils bis zu 4 Wochen.</p>	Druckentlastende Maßnahmen, wie die regelmäßig durchgeführten Positionswechsel sind elementare Bestandteile, um die Heilung des Dekubitus zu fördern und zu unterstützen sowie Verschlimmerungen des Zustandes zu vermeiden. Patienten / Patientinnen, die einen Dekubitus erworben haben, leiden in der Regel an Wundheilungsstörungen. Der Wundheilungsprozess ist verzögert und das Risiko	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 12:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1</p> <p>Bei Dekubitus Grad 1 ist eine engmaschigere Prüfung erforderlich, ob eine Heilung oder Verschlechterung eingetreten ist.</p> <p>Hier gelingt es ggf. noch gegenzusteuern, bevor eine Wunde entsteht.</p> <p>Daher sind unterschiedliche Verordnungszeiträume sinnvoll.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>einer erneuten Dekubitusentwicklung ist erhöht. Die Erst- sowie die Folgeverordnungen der Leistung müssen, insbesondere vor dem Hintergrund des präventiven Gedankens, bis zu mindestens 4 Wochen möglich sein. Wir sprechen uns daher und aus bürokratischen Gesichtspunkten dafür aus, die Erstverordnung sowie die Folgeverordnungen für jeweils 4 Wochen zu ermöglichen.</p>		
14.	Diakonie	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 12 „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“ Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Verordnungsvoraussetzungen: - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung). - ab Dekubitus Grad 2 (Teilverlust der Haut) sind die Leistungen nach dieser Nummer nur im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 31 oder 31a [PatV: und 31b] verordnungsfähig.</p>	<p>Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dass in der Bemerkungsspalte als Verordnungsvoraussetzung nur „ - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung)“ angeführt wird. Der nachfolgende Spiegelstrich kann ersatzlos gestrichen werden, da ab Grad 1 bedeutet, dass bei</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>höheren Graden auch der Positionswechsel über diese Leistungsnummer durch die Ärztin/den Arzt verordnet werden kann.</p> <p>Des Weiteren ist der zweite Spiegelstrich auch fachlich abzulehnen. Die darin formulierte Abhängigkeit zur Leistung nach Nr. 31 oder 31a (PatV: 31b) beabsichtigt ggf. die Sicherung der Wundversorgung, trifft jedoch nicht in jedem Fall zu und ist fachlich abzulehnen. Der „Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle kann und muss zeitlich auch unabhängig von der Wundversorgung erfolgen.</p> <p>Darüber hinaus regen wir an, die Sprache der HKP-Richtlinie an den State of the Art anzupassen und</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			anstatt dem veralteten Begriff „Grad“ den Terminus „Kategorie/Stadium“ (zumindest zusätzlich) zu verwenden (trifft auch für Nr. 31 oder 31a (PatV: 31b) zu) und ggf. die Skala anzugeben mit der der Grad gemessen wurde.		
15.	Diakonie	Satz 4 „Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und [...] anzugeben zu beschreiben “.	Eine genaue Angabe der Tiefe aber auch von Länge und Breite ist bspw. bei Taschenbildung oder bei zirkulärem Ulcus cruris mit ineinander übergehenden Wunden nicht immer möglich. Durch die Verwendung des Wortes „beschreiben“ anstelle von „anzugeben“ wird dieser Schwierigkeit Rechnung getragen und eine möglichst aussagekräftige Beschreibung ohne genaue Zentimeterangabe ermöglicht (trifft auch für Nr. 31 oder 31a (PatV: 31b) zu).	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12: AG: Vorschlag dient nicht zur Klarstellung und daher wird diesem nicht gefolgt.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
16.	Diakonie	<p>Satz 7</p> <p>Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Pflegedokumentation festzuhalten. zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen). in der Pflegedokumentation festzuhalten.</p>	<p>Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist der Positionswechsel in der Pflegedokumentation festzuhalten. Dies kann z. B. durch ein Lagerungsprotokoll oder einen Bewegungsplan geschehen, es sind aber auch andere Orte in der Pflegedokumentation fachlich angebracht. Unserer Auffassung ist auch der Leistungsnachweis ausreichend, da von Doppeldokumentationen abzusehen ist.</p> <p>Des Weiteren möchten wir hinsichtlich der Anforderung an das Führen eines Lagerungsprotokolls oder Bewegungsplans darauf hinweisen, dass sich dies für den Pflegedienst nur auf die verordneten und genehmigten Leistungen beziehen kann, die der Pflegedienst durchführt.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 2</p> <p>Eine Fotodokumentation ist optional vorgesehen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>In verschiedenen hierzu zur Stellungnahme aufgerufenen Leistungsnummern (Nr. 12/Nr. 31 oder 31a (PatV: 31b) wird auf die Führung von Fotodokumentationen der Wunde verwiesen. Hierzu sei grundsätzlich angemerkt: Wundfotos sind allenfalls dazu geeignet, die Lokalisation der Wunde zu dokumentieren. Sie sind weder für die Größenmessung geeignet noch für die anderen Parameter (siehe http://www.dgfw.de/pdf-data/wd_review_hessip.pdf). Zudem hat der Patient das Recht auf das eigene Bild und muss nicht damit einverstanden sein, dass bspw Fotos seines Intimbereichs in der Pflegedokumentation bzw. in den Verordnungen oder auch im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die Krankenkassen</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>erstellt oder versandt werden. Ein Wundfoto zur Dokumentation der Wundgröße kann nicht eben schnell mit dem Handy fotografiert werden. Siehe DNQP Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden: "Die Dokumentation der Wunde durch eine Fotografie [...] ist kein Ersatz für eine schriftliche Dokumentation, da die Dreidimensionalität von Wunden, Unterminierungen [...] und Farben nur mangelhaft dargestellt werden. "Eine Fotodokumentation ist daher weder notwendig noch darf sie von den Pflegediensten eingefordert werden. Der mangelnden Aussagekraft der Fotodokumentation stehen ein hoher zeitlicher und materielles Aufwand und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten entgegen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Sollte die Ärztin/der Arzt trotzdem die Wunddokumentation des Pflegedienstes anfordern, sind die Regeln der DSGVO durch die Ärztin/den Arzt einzuhalten (Einholen der Schweigepflichtentbindungserklärung etc.) und die Frage der Kostenübernahme zu klären.		
17.	VDAB	Zu Nr. 12 des Leistungskataloges unter Leistungsbeschreibung „Ab Dekubitus Grad 1“	Der VDAB begrüßt die Aufnahme verordnungsfähiger Behandlungsmaßnahmen bei Dekubitus Grad 1 in die HKP RiL. Auf Grund der hohen Bedeutung von Prävention in der Medizin muss bereits frühzeitig bei beginnenden Dekubitus die Verordnung einer Behandlungsmaßnahme möglich sein.	AG: Kenntnisnahme	
18.	VDAB	Zu Nr. 12 des Leistungskataloges In der Hilfsmittelrichtlinie sind entsprechende Anmerkungen aufzunehmen.	Es muss auch sichergestellt werden, dass auch Personen welche von einem Dekubitus Grad 1 betroffen sind bzw. die Ge-	AG: Der Anspruch auf Hilfsmittel ist nicht in der HKP-Richtlinie verortet, sondern ergibt sich aus den Regelungen der Hilfsmittel-RL.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>fahr der Entstehung gegeben ist, Anspruch auf entsprechende Hilfsmittel haben.</p> <p>Die einzelnen Indikationsbereiche des Hilfsmittelverzeichnisses (Vorliegen eines Druckgeschwürs oder wenn durch Krankheit oder Behinderung ein dauerhaftes Liegen bzw. Sitzen erforderlich ist und zugleich ein erhöhtes Dekubitusrisiko vorliegt) sind zu prüfen. Vor allem muss ein Druckgeschwür bereits bei Dekubitus Grad 1 bestätigt werden und nicht erst mit einer offenen Wunde (Dekubitus Grad 2) als gegeben gelten!</p>	<p>Der grundsätzliche Anspruch auf Hilfsmittel besteht bereits ab Dekubitus Grad 1. Hier gilt die Regelung der Hilfsmittel-Richtlinie.</p>	
19.	VDAB	<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges Unter Leistungsbeschreibung</p> <p>Der VDAB fordert zur Klarstellung folgende Formulierung im Anschluss an die Leistungsbeschreibung:</p> <p>Die Leistung Positionswechsel ist ebenfalls unabhängig von den Zeiten der</p>	<p>Der VDAB begrüßt des Weiteren, dass die Verordnungsfähigkeit der Maßnahme Positionswechsel auch bei einem höheren Dekubitus Grad als 1 vorgesehen ist.</p>	<p>AG: Der Positionswechsel ist in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle zu verordnen. Die vorgeschlagene Ergänzung ist daher nicht erforderlich.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Wundversorgung verordnungsfähig und zu genehmigen“	<p>Sofern der Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen neben einer Maßnahme der Wundversorgung nach Nummer 31 a verordnungsfähig sein soll, muss jedoch klargestellt werden, dass die Zeitabstände beim Positionswechsel auch im Falle der Kombination mit der Verordnung von Wundversorgung unabhängig als eigene Maßnahme erbracht werden können.</p> <p>Auf Grund unserer Erfahrung aus der Genehmigungspraxis sehen wir hier ein hohes Risiko, dass die Genehmigung des Positionswechsels sich zeitlich nur auf diese der Wundversorgungsmaßnahme im eigentlich Sinn begrenzen könnte.</p> <p>Bedeutet: Genehmigung Positionswechsel nur im</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Zeitpunkt der Erbringung von Wundversorgung</p> <p>Dieser Gefahr sollte sofort Einhalt geboten werden, um den Versicherter/Versicherten hier ein notwendiges Widerspruchsverfahren zu ersparen und die Behandlung sicher zu stellen.</p>		
20.	VDAB	<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Bemerkung</p> <p>Folgende Bemerkung ist zu ändern: „Ver Bei der Verordnung ist zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann</p>	<p>Die Prüfung über die Verordnungsfähigkeit und die Verordnung von Hilfsmitteln muss zur gleichen Zeit erfolgen, wie die Verordnung von Maßnahmen durch einen Leistungserbringer der HKP.</p> <p>Es dauert oftmals mehrere Wochen bis zur Genehmigung und Beschaffung eines Hilfsmittels. Des Weiteren stellt ein Hilfsmittel nicht immer eine allein ausreichende Maßnahme dar. Oftmals ist auch die Kombination aus Hilfsmittel und Behandlungspflege vorzunehmen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 12:</p> <p>AG: Die vorgeschlagene Ergänzung trägt nicht zur Klarheit bei. Bereits vor Ausstellung der Verordnung von häuslicher Krankenpflege sollte der Hilfsmittelgestützte Einsatz geprüft werden.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
21.	VDAB	<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Bemerkung</p> <p>Folgende Bemerkung ist zu ändern:</p> <p>„Ein Im Rahmen der verordneten und genehmigten Maßnahmen führt der Pflegedienst ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).“</p>	<p>Die Bemerkung zum Lage- rungsprotokoll bzw. Bewe- gungsplan ist zu kürzen. Der Leistungserbringer kann kein Protokoll/ keinen Plan bezüglich solcher Zei- ten führen, in welchen die- ser nicht vor Ort ist und im Rahmen der verordneten und genehmigten Maßnah- men Leistungen erbringt.</p>	<p>AG: Siehe lfd. Nr. 2</p>	
22.	VDAB	<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Dauer und Häufigkeit der Maß- nahme sollte folgende Änderung vorge- nommen werden:</p> <p>„Dekubitus Grad 1: Die Erstverordnung für bis zu 14 Tage sowie Folgeverord- nungen für jeweils bis zu 7 Tage in be- gründeten Fällen länger.“</p>	<p>Gemäß § 5 HKP RiL kann die Erstverordnung bis zu 14 Tage ausgestellt wer- den. Aus medizinischer Sicht erscheint bzgl. des Positionswechsels die Ver- ordnung bis zu 14 Tage sinnvoll. Da der Leistungs- erbringer nur in Zeiten der Anwesenheit Eingriffsmög- lichkeiten auf den Positi- onswechsel des Versicher- ten/der Versicherten hat, ist die Gefahr eines Rück- schrittes im laufenden Hei- lungsprozesses sehr hoch. Sieben Tage erscheinen in Anbetracht dessen als zu</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr.12:</p> <p>AG: Bei Dekubitus Grad 1 ist eine engmaschigere Prüfung erforderlich, ob eine Heilung oder Verschlechterung einge- treten ist. Daher ist ein kürze- rer Verordnungszeitraum sinnvoll.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>kurzgefasst.</p> <p>Die Behandlung wird nach vollständiger Heilung durch den Leistungserbringer beendet.</p>		
23.	DGP	<p>Zu Nr. 12. Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung / Bemerkung: Ergänzender Vorschlag:</p> <p>Die Interventionen sind unter ganzheitlichen Gesichtspunkten der jeweiligen Lebenssituation bzw. dem Krankheitsverlauf anzupassen.</p>	<p>Versorgung. Die Intervention zum Positionswechsel bei palliativem Behandlungsziel und/oder in der Sterbephase des Patienten kann leidlindernde und/oder lebensqualitäts- und/oder autonomiefördernde Aspekte beeinflussen. Dies hat Einfluss auf eine kontinuierliche Durchführung dieser Maßnahme, die vor jeder Intervention mit dem Behandlungsziel des Patienten bedarfsgerecht abgestimmt werden muss.</p> <p>Dieser Entscheidungsprozess ist Bestandteil dieser Leistung. Auch ist unter o.g. Umständen zu berücksichtigen, dass eine Dekubitusentstehung bzw.</p>	<p>Änderungsvorschlag in Nr. 12:</p> <p>AG: Ergänzungsvorschlag trägt nicht zur Klarheit bei, da sich dies bereits aus der HKP-RL ergibt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.12	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>eine Verschlechterung nicht immer zu verhindern ist.</p> <p>Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen in diesen speziellen Situationen spezifisch zu situativen Entscheidungseinschätzungen befähigt werden.</p>		

B-6.1.7 Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.31 (neu), akute Wunden

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
1.	AWO	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31 „Wundversorgung einer akuten Wunde“ Das Überprüfen von Drainagen siehe Drainagen, Überprüfen, Versorgen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wund-schnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p>	<p>Änderungsbedarf wird bei Wund-schnellverbänden (Heftpflaster, Sprühverband) gesehen.</p> <p>Sofern eine Versorgung einer Wunde mit Wund-schnellverbänden laut ärztlicher Verordnung erfolgen soll, ist diese Versorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege anzuerkennen.</p> <p>Es wird empfohlen, den Satz zu den Wund-schnellverbänden zu löschen und die Behandlung inkl. Material des Wundverbandes der behandelnden Ärztin/ Arzt zu überlassen. Dies führt zu mehr Klarheit im gewünschten Sinne.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: Der Streichung wird nichtgefolgt. Behandlungsbedürftige akute Wunden werden über die Leistung nach Nr. 31 abgedeckt.</p>	
2.	ABVP	<p>Unter „Bemerkung“ ... Durch den Pflegedienst ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der</p>	<p>Unter dem Punkt „Bemerkung“ wird u.a. darauf hingewiesen, dass durch den Pflegedienst eine Wunddo-</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: Der G-BA hat die Erstellung einer Fotodokumentation</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Darüber hinaus kann neben der schriftlichen Wunddokumentation zusätzlich eine Fotodokumentation der Wunde sinnvoll sein, vorausgesetzt der Patient erklärt hierzu schriftlich seine Einwilligung ...</p>	<p>kumentation und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen ist. Dies entspricht einer Verpflichtung des Leistungserbringers, für die es derzeit weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Rechtsgrundlage mit entsprechenden Vorgaben an die Leistungserbringer für die Durchführung einer Fotodokumentation im Rahmen der Wundversorgung gibt. So fehlt es hier einerseits an Vorgaben, wann und wie oft bzw. in welchen Abständen denn eine Fotodokumentation erforderlich ist und andererseits an Vorgaben für die technischen Anforderungen und die Durchführung einer Fotodokumentation. Dies müsste aus unserer Sicht erst einmal zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geregelt werden. Ferner erfordert eine Fotodokumentation</p>	<p>als Möglichkeit, aber nicht als Pflicht dargestellt. Daher ist ein Änderungsbedarf nicht erforderlich.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>die Einwilligung des Patienten. Liegt eine solche nicht vor, kann auch keine Fotodokumentation angefertigt werden, auch wenn diese zur Ergänzung einer schriftlichen Wunddokumentation sinnvoll erscheint. Auch sollte der Aufwand für die Erstellung einer Fotodokumentation durch die Kostenträger über die Vergütung refinanziert werden</p>		
3.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses: Unter „Leistungsbeschreibung“ ist folgender Passus zu streichen: „In Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt...“</p>	<p>HKP-Leistungen sind ärztlich delegierte Leistungen. Wenn ein professioneller Leistungserbringer die HKP-Leistung erbringt, dann geschieht dies immer auf Grundlage der ärztlichen Anordnung. Diese Anordnungs-kompetenz besteht nicht nur im Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung, sondern aufgrund des Delegationscharakters während des gesamten Versorgungszeitraums. Die in diesem Zusammenhang</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31: AG: Aus Sicht des G-BA ist eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern immer notwendig. Daher ist es nicht erforderlich, dies bei jeder Leistung zu betonen, es sei denn es ist von besonderer Relevanz. Im Sinne der Normenklarheit wird dem Vorschlag des Stellungnehmers gefolgt und auf die Ergänzung verzichtet.</p>	<p>Änderung im BE: AG: Die Leistungsbeschreibung zu Nr. 31 wird wie folgt gefasst: „Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>dezidiert geregelten Kommunikationspflichten zwischen Pflegedienst und Arzt stellen dies in der Praxis sicher.</p> <p>Die zuvor ausgeführten Grundsätze gelten für alle HKP-Leistungen, nicht nur für Ziffer 31, 31a und 31b. Diese sollen jetzt jedoch die einzigen Ziffern im Leistungsverzeichnis werden, die diese Verpflichtung explizit nochmals in der Leistungsbeschreibung nennen, was unsystematisch ist und fälschlich impliziert, dass die vorgenannten Pflichten für Ziffer 31 ff. in einem höheren Maße gelten, als bei anderen HKP-Leistungen. Diesen irrtümlichen Eindruck gilt es zu vermeiden.</p> <p>Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese</p>		<p>aseptischen Bedingungen.“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.		
4.	bad e.V.	Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 2 das Wort „ <i>komplikationslos</i> “ zu streichen.	Der Begriff „voraussichtlich ...komplikationslos“ impliziert fälschlich, dass HKP-Verordnungen nur ausgestellt werden dürfen, wenn das Auftreten von Komplikationen im Wundverlauf weitgehend ausgeschlossen werden kann. Richtig ist aber, dass der gesetzliche Anspruch auf HKP-Leistungen auch dann besteht, wenn der betroffene Versicherte in seinem häuslichen Umfeld keine optimalen (z.B. hygienischen) Bedingungen für einen idealen Wundheilungsverlauf vorhält. Das durch das Grundrecht geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht (vgl. Artikel 2 Absatz 1 GG) geht dem insofern vor.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31: AG: Durch die Formulierung in der Bemerkungsspalte soll die akute Wunde von der chronischen Wunde abgegrenzt werden.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Eine Aushöhlung dieser Rechtslage durch eine Regelung der HKP-Richtlinien steht im Widerspruch zu der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie optimal das häusliche Umfeld für den Erfolg der verordneten Maßnahme ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen.</p>		
5.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ sind in Satz 3 die Ziele („Wundheilung“) zu ergänzen um die Worte „Komplikationsvermeidung und Symptomlinderung“.</p>	<p>Der Entwurf sieht vor, lediglich das primäre Ziel der Leistung nach Ziffer 31 zu benennen. Aufgrund der erheblichen praktischen</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p>	<p>Änderung im BE: Änderung im BE:</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]	Bedeutung der genannten sekundären Ziele für die betroffenen Versicherten sind diese ebenfalls mit aufzuführen.	<p>AG: Das Ziel ist die Wundheilung. Im Übrigen werden die Besonderheiten der Palliativversorgung bereits in § 1 Abs. 1 HKP-RL berücksichtigt.</p> <p>PatV: Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird gefolgt.</p>	<p>Änderung im BE: PatV: („Wundheilung“) zu ergänzen um die Worte „Komplikationsvermeidung und Symptomlinderung“.</p> <p>[Anmerkung: Im Zuge der Beratung im UA VL am 10.07.2019 gestrichen]</p>
6.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:</p> <p>„Durch den Pflegedienst sind eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuten Verschlechterungen</p>	<p>Die Regelung verstößt gegen die Systematik der HKP-Richtlinien:</p> <p>Letztere dienen dem Zweck, die Rechte und Pflichten der verordnenden Ärztinnen und Ärzte zu regeln bei der Ausstellung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. u.a. Vortext zu § 1 der HKP-Richtlinien).</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: U.a. hat der G-BA nach § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V die Verordnung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren ärztliche Zielsetzung sowie den Inhalt und die Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<p>des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.</p>	<p>Im Gegensatz hierzu werden die (Dokumentations-) Verpflichtungen von Pflegediensten in deren Verträgen zu den gesetzlichen Krankenkassen – hier: im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 132a SGB V - und nicht in der HKP-Richtlinie geregelt.</p> <p>Die Trennung der o.g. Regelungsbereiche ist nicht nur dogmatischer Natur, sondern hat praktische Gründe: Anders als die Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V sehen die HKP-Richtlinien für ihre Verbindlichkeit keine Vereinbarung mit den Leistungserbringern voraus. Der § 132a SGB V sieht hingegen eine solche vor, damit die berechtigten Belange der Leistungserbringer in angemessenem Maße berücksichtigt werden. Eine Regelung der (Dokumentations-) Pflichten von Pflegediensten</p>	<p>und dem Krankenhaus zu regeln. Daher wurde in den Leistungsnummer 31, 31a geregelt, dass der Pflegedienst eine Wunddokumentation führen muss, in dem konkretisierende Angaben zur Wunde gemacht werden. Die Dokumentation dient der Wundheilungskontrolle, die Bestandteil der Leistung ist.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>würde insofern eine unzulässige Umgehung dieses Schutzmechanismus darstellen.</p> <p>Ferner impliziert der Wortlaut des Entwurfs an dieser Stelle fälschlich, dass bei Nichtvorliegen bestimmter Dokumentationsbestandteile die ärztliche Verordnung nicht auszustellen ist. Dies steht jedoch im Widerspruch zu der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie die ihn betreffende Versorgung dokumentiert ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat,</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen.</p> <p>Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.</p> <p>Gleiches gilt für die abermalige Aufnahme einer Regelung der Kommunikationspflichten zwischen Pflegedienst und Ärztin bzw. Arzt. Diese ist zudem in den HKP-Richtlinien in § 7 bereits ausgiebig geregelt und sieht insbesondere auch in § 7 Absatz 2 ausdrücklich die Meldung von Veränderungen im Zustand des Versicherten vor.</p>	<p>Zur Kommunikation: Siehe lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Hinzu kommt, dass die nochmalige Aufführung der Kommunikationspflichten im Leistungsverzeichnis fälschlich implizieren, die Kommunikation zwischen Pflegedienst und Ärztin bzw. Arzt sei eine Voraussetzung für die Ausstellung der Verordnung. Gemäß § 37 SGB V und der dazugehörigen ständigen BSG-Rechtsprechung besteht der Anspruch unabhängig hiervon.</p>		
7.	bpa	<p>Nr. 31 Wundversorgung einer akuten Wunde Bemerkungen [...] Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuten Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren. [...]</p>	<p>Es fehlt eine echte Definition vom Begriffspaar „akuten Wunden“. Dies ist insbesondere notwendig, um eine klare Abgrenzung zur Wundversorgung nach Nr. 31a bestimmen zu können. Alleine die Beispielaufzählung, die in den tragenden Gründen vorgenommen wird, reicht zur Präzisierung und Abgrenzung zu anderen Wundversorgungen nicht aus.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31: AG: Bisher hat der G-BA keine Trennung zwischen der Wundversorgung bei chronischen und akuten Wunden vorgenommen. Folglich waren beide Versorgungen auch bisher bereits eine Leistung der alten Nr. 31 Verbände. Die Neuerung besteht nunmehr insbesondere in der erfolgten getrennten und spezifischen Darstellung der Versorgung</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Im Übrigen erweitern diese Anforderungen das Leistungsspektrum, sind zusätzlich vom Pflegedienst zu leisten und somit im Rahmen der Vergütungsfindung dieser Position mit zu berücksichtigen.</p>	<p>von chronischen sowie akuten Wunden sowie der Verbesserten Kommunikation zwischen den an der Versorgung Beteiligten.</p> <p>Zur Definition der akuten Wunde siehe Nr. 4.</p>	
8.	DGP	<p>Zu Nr. 31. Wundversorgung einer akuten Wunde / Bemerkung:</p> <p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige akute Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine akute Wunde tritt nach einer Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilt.</p> <p>Ziel ist die Wundheilung.</p> <p>Akute Wunden können auch bei palliativem Behandlungsziel und/oder in der Sterbephase des Patienten auftreten. In diesen besonderen Situationen ist das Ziel der Wundheilung bei behandlungsbedürftigen Wunden oft nicht erreichbar. Primäres Ziel ist in diesem Fall die Reduktion und Kontrolle von Symptomen</p>	<p>Das Abheilen von akuten Wunden bei palliativem Behandlungsziel und/oder in der Sterbephase des Patienten ist kurativ häufig nicht mehr zu erreichen. Die Behandlung ist in diesen Situationen primär nach den Zielen der Reduktion und Kontrolle von Symptomen und/oder lebensqualität- und/oder autonomiefördernden Aspekte ausgerichtet.</p> <p>Auch ist unter diesen Umständen zu berücksichtigen, dass eine Verschlimmerung des Wundzustandes nicht immer zu verhindern ist.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: Das grundsätzliche Ziel beim Vorliegen einer akuten Wunde sollte die Wundheilung sein. Im Rahmen der palliativen Versorgung weichen diese Ziele womöglich ab. Dies wurde bereits durch die in § 1 Abs. 1 formulierten Grundsätze berücksichtigt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<p>und/oder Förderung der Lebensqualität und/oder Autonomie. Exulzierende Wunden sind chronischen Wunden zuzuordnen.</p>			
9.	Diakonie	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31 „Wundversorgung einer akuten Wunde“/Bemerkungen Hier sehen wir folgenden Änderungsbedarf bei Wundschnellverbänden (Heftpflaster, Sprühverband) Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind eine keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Zusätzlich ist die Abpolsterung des diabetischen Fußsyndroms als Leistungsbestandteil aufzunehmen. Des Weiteren schlagen wir vor in der Bemerkungspalte zu verdeutlichen, dass nicht alle in der Leistungsbeschreibung benannten Tätigkeiten „Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen“ zwingend erforderlich sein müssen, um die Leistung verordnen zu können.</p>	<p>Sofern eine Versorgung einer Wunde mit Wundschnellverbänden laut ärztlicher Verordnung erfolgen soll, ist diese Versorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege anzuerkennen. Es wird empfohlen, den Satz zu den Wundschnellverbänden zu löschen und die Behandlung inkl. Material des Wundverbandes der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt zu überlassen. Dies führt zu mehr Klarheit im gewünschten Sinne. In den tragenden Gründen wird im Kapitel 2.2.4 ausgeführt, dass durch die Änderung des Leistungsverzeichnisses bzw. die Anpassungen der Leistungsbeschreibungen u. a. „die</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungspalte in Nr. 31: AG: Zu Wundschnellverbänden: Siehe lfd. Nr. 1 Das Abpolstern ist von der Formulierung im Beschlussentwurf bereits gefasst, da es aus dem Klammerzusatz der bisherigen Richtlinienregelung gestrichen wurde.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Abpolsterung zum Beispiel als Leistungsbestandteils des diabetischen Fußsyn- droms“ ermöglicht wird. Es ist uns leider nicht konkret ersichtlich, wie sich dieses wichtige Anliegen in der Leistungsbeschreibung niederschlägt.</p> <p>Außerdem regen wir an die Nagelbettentzündung (Pa- naritium) konkret zu be- nennen. Die Praxiserfah- rungen haben gezeigt, dass gerade diese Versor- gung nicht genehmigt wird, weil es sich „nur“ um einen Schutzverband handelt. Es wäre deshalb hilfreich zu verdeutlichen, dass nicht alle in der Leistungsbe- schreibung benannten Tä- tigkeiten „Anlegen, Wech- seln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reini- gung, Spülen von Wundfis- teln, Versorgung von Wun- den unter aseptischen Be-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			dingungen“ zwingend erforderlich sein müssen, um die Leistung verordnen zu können – sondern ggf. auch nur einzelne Schritte davon.		
10.	Parität	<p>Die Veränderungen des Leistungsverzeichnis Nr. 31 „Wundversorgung einer akuten Wunde“</p> <p>Das Überprüfen von Drainagen siehe Drainagen, Überprüfen, Versorgen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wund-schnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p>	<p>Änderungsbedarf sehen wir bei Wundschnellverbänden (Heftpflaster, Sprühverband). Sofern eine Versorgung einer Wunde mit Wundschnellverbänden laut ärztlicher Verordnung erfolgen soll, ist diese Versorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege anzuerkennen.</p> <p>Wir empfehlen deshalb die Streichung des Satzes zu Wundschnellverbänden und die Behandlung inklusive der Materialwahl zur Wundbehandlung der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt zu überlassen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
11.	VDAB	<p>Zu Nummer 31 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Leistungsbeschreibung fordern wir folgende Änderung: In Abstimmung Auf Verordnung durch die mit der behandelnden Ärztin oder demn behandelnden Arzt</p>	<p>Der Leistungserbringer erbringt die Maßnahme nach Verordnung, nicht nach einem Abstimmungsprozess, da er bisher keine eigene Anordnungs-kompetenz besitzt. Es ist derzeit nicht die Aufgabe des Leistungserbringers über die Maßnahme mit der anordnenden Person einen Diskurs zu führen.</p> <p>Es muss klar hervorgehoben werden, dass eine Verordnung der Maßnahme erfolgt und wer demnach für die Art der Maßnahme verantwortlich ist.</p> <p>Im Übrigen steht diese Regelung im Widerspruch zu § 3 Absatz 4 neu.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	
12.	VDAB	<p>Zu Nummer 31 des Leistungskataloges</p> <p>Die Bemerkung, „Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt ggf. das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan sowie die</p>	<p>Nummer 31 des Leistungskataloges stellt eine andere Maßnahme dar als Nummer 12 in Kombination mit Nummer 31 a. Nummer 12 ist gemäß der Vorlage bei akuten Wunden im Sinne</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31:</p> <p>AG: Es ist von besonderer Relevanz, dass der verordnungsberechtigten Ärztin/dem</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31 (neu), akute Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<p>Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Lagerungsprotokoll/Bewegungsplan... ist herauszunehmen.</p>	<p>von Nummer 31 nicht verordnungsfähig. Sofern keine Maßnahme des Positionswechsels verordnet werden kann, ist auch kein Protokoll/ Plan zu führen!</p>	<p>verordnungsberechtigten Arzt alle notwendigen Informationen vorliegen, um beurteilen zu können, ob die bisher verordneten Leistungen zweckmäßig und ausreichend waren, bevor eine Folgeverordnung ausgestellt wird. Durch die Sichtung der Pflegedokumentation ist es dem Arzt möglich, den Erfolg der verordneten Maßnahmen besser einzuschätzen und ggf. die ärztliche Behandlung anzupassen.</p>	

B-6.1.8 Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr.31a (und 31b PatV)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	AWO	Leistungsverzeichnis Nr. 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“	<p>Hinsichtlich der Überschrift spricht sich die AWO für die Variante von DKG, KBV und GKV-SV aus.</p> <p>Die Unterteilung der Wundversorgung wie sie von Seiten der Patientenvertretung in 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst“ und 31b „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“ vorgeschlagen wird, lehnen wir ab.</p>	<p>AG: Zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>Änderung im BE: PatV: Die Nr. 31b „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“ gemäß Vorschlag der PatV wird gestrichen und die Nr. 31a gemäß Vorschlag KBV, DKG, GKV-SV konsentiert.</p>
2.	AWO	<p>Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).</p>	<p>Absatz 6 [5] der Bemerkung ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes zu streichen, da es sich hier um die Festlegung einer Qualifikationsanforderung handelt, bei der eine</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a AG Zielsetzung des Gesetzgebers ist eine verbesserte Wundversorgung. Ausweislich</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Zusatzqualifikation gefordert wird. Die Eignung der Leistungserbringer ist jedoch gem. §132a SGB V in den Bundesrahmempfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege zu regeln.</p>	<p>der Gesetzesbegründung bedürfen Versicherte einer Wundbehandlung, die dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht und individuell angepasst ist. Der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kommt insoweit eine besondere Bedeutung zu. Sie erfordert ein hohes Maß an fachlicher und vor allem auch hygienischer Kompetenz. Demnach sollen spezialisierte Leistungserbringer, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert haben, diese Leistungen erbringen. Aufgrund der Erforderlichkeit von praktischen und theoretischen Kenntnissen bei der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ist der Einsatz von speziell darauf qualifizierten Pflegefachkräften von besonderer Relevanz.</p> <p>Der Zielsetzung des Gesetzgebers, die Wundversorgung</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>von Patientinnen und Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden zu verbessern trägt der G-BA durch die vorliegende Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege Rechnung. Die konkreten strukturellen Vorgaben zur Art und zum Umfang der Qualifikationsanforderungen sowie zur sächlichen Ausstattung legen die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V sowie die Vertragspartner nach § 132a Absatz 4 SGB V fest.</p> <p>Eine von dem Stellungnehmer geforderte Beibehaltung des Status quo (keine Regelung zu den Anforderungen an den Pflegedienst im Allgemeinen) würde dem gesetzlichen Auftrag aus Sicht des G-BA nicht gerecht werden und die Versorgung nicht verbessern.</p>	
3.	AWO	Die Ergänzungen werden befürwortet:	Die drei Ergänzungen der Leistungsbeschreibung	GKV-SV: Zielsetzung des Gesetzgebers ist die verbesserte Wundversorgung. Aus Sicht	[Anmerkung: Im Zuge der Beratung im UA VL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - PatV, KBV, DKG zusätzlich: Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung - PatV, KBV zusätzlich: sowie krankheitsbezogene Lebensführung - PatV, KBV, DKG zusätzlich: Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression <p>Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV</p>	<p>werden vom AWO Bundesverband im Rahmen einer umfassenden Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden unterstützt. Diese Anleitungen und Beratungen sind im Rahmen der Verhandlungen der Vergütungen auf Landesebene angemessen zu berücksichtigen.</p>	<p>des G-BA ist dies nur zu erreichen, wenn neben der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt auch der spezialisierte Pflegedienst die Patientin oder den Patienten in Bezug auf wundspezifische Maßnahmen zur Wundheilung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen anleitet, da diese Maßnahmen vor allem durch den häufigen Kontakt erfolgreicher umzusetzen sind.</p> <p>Die Vermittlung von Fertigkeiten und Wissen im Rahmen der Anleitung erfolgt oftmals situationsabhängig und ist daher kein einmaliger Prozess. Daher sollte die Anleitung im Rahmen der pflegerischen Leistungserbringung bedarfsgerecht erfolgen. Vor diesem Hintergrund wäre es kontraproduktiv, die Anleitung durch separate Spiegelpunkte mit der fachpflegerischen Versorgung als eigenständige verordnungsfähige Leistung auf</p>	<p>am 10.07.2019 wurde die Formulierung zur Anleitung angepasst.]</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>eine Ebene zu stellen. Dies könnte in der Praxis dazu führen, dass die „Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ in mehrere Teilleistungen untergliedert wird und eine zusammenhängende Leistungserbringung nicht mehr erfolgt.</p> <p>Des Weiteren ist die Aufnahme von Anleitungsleistungen als einzelne verordnungsfähige Leistungen kritisch zu sehen, da das den Eindruck suggeriert, als seien vergleichbare Hinweise im Rahmen der Anleitung kein Gegenstand der anderen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der häuslichen Krankenpflege. Auch bei anderen Leistungen (z.B. spezielle Krankenbeobachtung, Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten) werden durch den Pflegedienst im Rahmen der fachgerechten Versorgung Hinweise zu förderlichen Aspekten gegeben. Daher sollte</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>auf diese Ergänzung verzichtet werden.</p> <p>KBV, PatV: Zustimmungde Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Zielsetzung des Gesetzgebers ist die verbesserte Wundversorgung. Aus Sicht des G-BA ist dies nur zu erreichen, wenn neben der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt auch der spezialisierte Pflegedienst die Patientin oder den Patienten in Bezug auf wundspezifische Maßnahmen zur Wundheilung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen anleitet, da diese Maßnahmen vor allem durch den häufigen Kontakt erfolgreicher umzusetzen sind. Die krankheitsbezogene Lebensführung ist dagegen eine längerfristige Intervention, die vor allem die medizinische Gesamtbetrachtung des Patientenzustandes und der Begleiterkrankungen erfordert und somit unter die</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				fachliche Kompetenz der Ärztin oder des Arztes fällt.	
4.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: Unter „Leistungsbeschreibung“ ist folgender Passus zu streichen: <i>„In Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ...“</i></p> <p>[Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]</p>	<p>HKP-Leistungen sind ärztlich delegierte Leistungen. Wenn ein professioneller Leistungserbringer die HKP-Leistung erbringt, dann geschieht dies immer auf Grundlage der ärztlichen Anordnung. Diese Anordnungs-kompetenz besteht nicht nur im Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung, sondern aufgrund des Delegationscharakters während des gesamten Versorgungszeitraums. Die in diesem Zusammenhang dezidiert geregelten Kommunikationspflichten zwischen Pflegedienst und Arzt stellen dies in der Praxis sicher.</p> <p>Die zuvor ausgeführten Grundsätze gelten für alle HKP-Leistungen, nicht nur für Ziffer 31, 31a und 31b. Diese sollen jetzt jedoch die einzigen Ziffern im</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Siehe Auswertung zu akuten Wunden (Nr. 31), lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Leistungsverzeichnis werden, die diese Verpflichtung explizit nochmals in der Leistungsbeschreibung nennen, was unsystematisch ist und fälschlich impliziert, dass die vorgenannten Pflichten für Ziffer 31 ff. in einem höheren Maße gelten, als bei anderen HKP-Leistungen. Diesen irrtümlichen Eindruck gilt es zu vermeiden. Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.</p>		
5.	bad e.V.	Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ sind in Satz 4 die Ziele („Wundheilung“) zu ergänzen um	Der Entwurf sieht vor, lediglich das primäre Ziel der Leistung nach Ziffer 31a zu benennen. Aufgrund der erheblichen	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:	Die Spalte Bemerkung, Abs. 3, Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>die Worte „<i>Komplikationsvermeidung und Symptomlinderung</i>“. [Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]</p>	<p>praktischen Bedeutung der genannten sekundären Ziele für die betroffenen Versicherten sind diese ebenfalls mit aufzuführen.</p>	<p>AG: Teilweise Annahme des Vorschlages: Die Vermeidung einer Verschlimmerung ist als Ziel bereits genannt. Eine chronische Wunde impliziert, dass Komplikationen vorliegen (die chronische Wunde als Komplikation der vorliegenden Erkrankung). Die Formulierung „Komplikationsvermeidung“ dient nicht der Klarstellung, weshalb der G-BA der Ergänzung nicht zustimmt.</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme zur Aufnahme der Formulierung „Symptomlinderung“, so dass der Satz lautet: „Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie eine Symptomlinderung sein, wenn ...“</p>	<p>„Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie eine Symptomlinderung sein...“</p>
6.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen: <i>„Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser</i></p>	<p>Die Regelung verstößt gegen die Systematik der HKP-Richtlinien:</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen. Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).“</p> <p>[Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]</p>	<p>Letztere dienen dem Zweck, die Rechte und Pflichten der verordnenden Ärztinnen und Ärzte zu regeln bei der Ausstellung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. u.a. Vortext zu § 1 der HKP-Richtlinien).</p> <p>Im Gegensatz hierzu werden die (Dokumentations-) Verpflichtungen von Pflegediensten in deren Verträgen zu den gesetzlichen Krankenkassen – hier: im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 132a SGB V - und nicht in der HKP-Richtlinie geregelt. Gleichzeitig garantiert der Rahmenvertrag nach § 132a SGB V den vertragsschließenden Pflegeeinrichtungen, dass sie die Versicherten ihrer Vertragspartner mit den Leistungen der HKP versorgen darf. Die HKP-Richtlinien sollten es vermeiden, gegensätzliche Regelungen zu schaffen.</p>	<p>AG: Siehe Auswertung zu akuten Wunden (Nr. 31) und siehe lfd. Nr. 8 und lfd. Nr. 2 chronische Wunden.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Die Trennung der o.g. Regelungsbereiche ist im Übrigen nicht nur dogmatischer Natur, sondern hat praktische Gründe: Anders als die Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V sehen die HKP-Richtlinien für ihre Verbindlichkeit keine Vereinbarung mit den Leistungserbringern voraus. Der § 132a SGB V sieht hingegen eine solche vor, damit die berechtigten Belange der Leistungserbringer in angemessenem Maße berücksichtigt werden. Eine Regelung in den HKP-Richtlinien zur (Nicht-) Zulassung von Pflegediensten zur Versorgung chronischer Wunden würde insofern eine unzulässige Umgehung dieses Schutzmechanismus darstellen.</p> <p>Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass das freie</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Wahlrecht von Versicherten, ihren Pflegedienst frei zu wählen, nicht einzuschränken ist. Dies ist zum einen der Fall, um die grundrechtlich geschützten Belange der Versicherten zu beachten, zum anderen aber auch, um die keine „Versorgungsengpässe“ in der Praxis dadurch zu provozieren, dass die Nachfrage der Versicherten nach der Leistung in der Praxis höher ist, als das Angebot von zu wenigen – unter dem Pflegefachkräftemangel zunehmend leidenden - spezialisierten Pflegeeinrichtungen. In diesem Zusammenhang ist ferner auf die Vielzahl an guter Arbeit nicht spezialisierter Pflegedienste in der Wundversorgung hinzuweisen.</p>		
7.	bad. e.V.	Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:	Es ist rechtlich unzulässig, die Wundversorgung nach Ziffer 31a auf spezialisierte	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>„Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen. (z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten). Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.</p> <p>[Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]</p>	<p>Pflegedienste zu beschränken bzw. den rechtlichen Anspruch des Versicherten auszuschließen, sofern sein Pflegedienst keine Spezialisierung aufweist.</p> <p>Dies widerspricht insbesondere regelmäßig auch den Vereinbarungen nach § 132a SGB V, die den Pflegediensten auch ohne Spezialisierung das Recht der Leistungserbringung einräumen.</p> <p>Auf das grundgesetzlich geschützte Recht der Versicherten, ihren Pflegedienst frei wählen zu dürfen, wird ergänzend ausdrücklich hingewiesen.</p> <p>Der gesetzliche Anspruch auf HKP-Leistungen besteht zudem auch dann, wenn der betroffene Versicherte in seinem häuslichen Umfeld keine optimalen (z.B. hygienischen) Be-</p>	<p>AG: Zu Qualifikation der Leistungserbringer: Siehe lfd. Nr. 2</p> <p>Im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung besteht unter Berücksichtigung der definierten Leistungsvoraussetzung ein Wahlrecht nur innerhalb der für die jeweilige Leistung zugelassenen Leistungserbringer. Dieses Prinzip wird hier nicht aufgegeben.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>dingungen für einen idealen Wundheilungsverlauf vorhält. Das durch das Grundrecht geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht (vgl. Artikel 2 Absatz 1 GG) geht der Regelung des Entwurfstextes insofern vor.</p> <p>Eine Aushöhlung dieser Rechtslage durch eine Regelung der HKP-Richtlinien steht im Widerspruch zu der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie optimal das häusliche Umfeld für den Erfolg der verordneten Maßnahme ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen.</p> <p>Die Einführung des § 37 Absatz 7 SGB V, mit dem der Gesetzgeber die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch spezialisierte Einrichtungen geregelt hat, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Denn der Gesetzgeber hat in § 37 Absatz 7 Satz 2 SGB V ausdrücklich geregelt, dass die Versorgung durch spezialisierte Einrichtungen erfolgen „kann“, dies also nur eine Option des Versicherten ist. Die Rechtfertigung des Ausschlusses anderer Leistungserbringer würde dem widersprechen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
8.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen: „Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt ggf. das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, ggf. angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.“</p> <p>[Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]</p>	<p>Die Bezugnahme auf bestimmte Dokumentationsbestandteile impliziert fälschlich, dass bei Nichtvorliegen solcher Dokumentationsbestandteile bzw. bei Defiziten in der Dokumentation die ärztliche Verordnung nicht auszustellen ist. Dies steht jedoch im Widerspruch zu der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie die ihn betreffende Versorgung dokumentiert ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat,</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 12 akute Wunden</p> <p>Die Argumentation des Stellungnehmers kann nicht nachvollzogen werden. Der Anspruch auf HKP-Leistungen besteht unabhängig von der Dokumentation.</p> <p>Bereits in der bisher gültigen Fassung der HKP-RL ist unter Nr. 12 Dekubitusbehandlung folgendes geregelt: „Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt das Pflegeprotokoll auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Dekubitustherapie unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. In der nun vorliegenden Fassung der HKP-Richtlinie wurde die Formulierung in Bezug auf die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden angepasst.“</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen. Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.</p> <p>Darüber hinaus gilt: Vor jeder Verordnung muss sich die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt persönlich von der medizinischen Notwendigkeit der verordneten Maßnahme überzeugen. Dies ergibt sich bereits aus § 37 SGB V. Dies ist aber auch in den HKP-Richtlinien ausdrücklich in § 3 Absatz 1 Satz 1 geregelt und gilt für jede HKP-Verordnung. Ei-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ner nochmaligen Aufführung dieser Pflicht bedarf es nicht. Im Gegenteil: Die gesonderte Ausführung unter den Bemerkungen in Ziffer 31 impliziert fälschlich, dass die o.g. Pflicht bei Wundversorgung einer akuten Wunde in einem höheren Maße gilt, als bei anderen HKP-Leistungen. Dies ist jedoch nicht der Fall.</p> <p>Im Übrigen ist es vorrangig wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte zu einer fachlich fundierten Einschätzung der zu verordnenden HKP-Leistungen kommen, und nicht so sehr, wie sie zu dieser Einschätzung gelangen. Es sollte deshalb unterlassen werden, zusätzliche Formalien zu regeln, die Ärztinnen und Ärzte in der Art und Weise der Erlangung ihrer fachlichen Einschätzung einschränken, zumal dies das Genehmigungsverfahren</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>für medizinisch notwendige HKP-Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, unnötig erschwert.</p> <p>Die Regelung zur Einschätzung, ob eine Leistung unter ambulanten Bedingungen erfolgsversprechend ist, könnte vor dem Hintergrund übernommen werden, dass dieser Aspekt im Falle eines neu geregelten Leistungsanspruchs auf eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit relevant wird.</p> <p>Wobei auch in diesem Zusammenhang angemerkt werden muss, dass es der Ausstellung einer HKP-Verordnung bereits immanent ist, dass die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt die ambulante Leistungserbringung nicht nur für möglich, sondern sogar für geboten hält.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
9.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:</p> <p><i>„Durch den Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und ggf. zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.“</i></p> <p>[Anmerkung GF: Dies gilt analog zu Ziffer 31b (PatV zusätzlich) des Leistungskatalogs]</p>	<p>Die Regelung verstößt gegen die Systematik der HKP-Richtlinien:</p> <p>Letztere dienen dem Zweck, die Rechte und Pflichten der verordnenden Ärztinnen und Ärzte zu regeln bei der Ausstellung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. u.a. Vortext zu § 1 der HKP-Richtlinien).</p> <p>Im Gegensatz hierzu werden die (Dokumentations-) Verpflichtungen von Pflegediensten in deren Verträgen zu den gesetzlichen Krankenkassen – hier: im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 132a SGB V - und nicht in der HKP-Richtlinie geregelt.</p> <p>Die Trennung der o.g. Regelungsbereiche ist nicht nur dogmatischer Natur, sondern hat praktische Gründe: Anders als die</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Siehe Auswertung zu akuten Wunden (Nr. 31), lfd. Nr. 6</p> <p>Die Pflegedokumentation verfolgt hier nicht das Ziel der Festlegungen nach § 132a SGB V (insbes. Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 3), sondern dient der Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung im Sinne von § 37 Abs. 2 SGB V.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V sehen die HKP-Richtlinien für ihre Verbindlichkeit keine Vereinbarung mit den Leistungserbringern voraus. Der § 132a SGB V sieht hingegen eine solche vor, damit die berechtigten Belange der Leistungserbringer in angemessenem Maße berücksichtigt werden. Eine Regelung der (Dokumentations-) Pflichten von Pflegediensten würde insofern eine unzulässige Umgehung dieses Schutzmechanismus darstellen.</p> <p>Ferner impliziert der Wortlaut des Entwurfs an dieser Stelle fälschlich, dass bei Nichtvorliegen bestimmter Dokumentationsbestandteile die ärztliche Verordnung nicht auszustellen ist. Dies steht jedoch im Widerspruch zu</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der höherrangigen (gesetzlichen) Vorschrift des § 37 SGB V und der ständigen BSG-Rechtsprechung, die einen Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige HKP-Leistungen garantiert, unabhängig davon, wie die ihn betreffende Versorgung dokumentiert ist. Auf die ständige BSG-Rechtsprechung, die die Einschränkung des o.g. gesetzlichen Anspruchs durch Regelungen der HKP-Richtlinien als unzulässig erklärt hat, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen.</p> <p>Sofern die o.g. durch den Wortlaut implizierte Bedeutung nicht beabsichtigt sein sollte, muss dem Richtliniengeber vorgehalten werden, dass es genau diese Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.</p> <p>Hinzu kommt, dass die nochmalige Aufführung der Kommunikationspflichten im Leistungsverzeichnis fälschlich implizieren, die Kommunikation zwischen Pflegedienst und Ärztin bzw. Arzt sei eine Voraussetzung für die Ausstellung der Verordnung. Gemäß § 37 SGB V und der dazugehörigen ständigen BSG-Rechtsprechung besteht der Anspruch unabhängig hiervon.</p>		
10.	bpa	<p>Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilbaren Wunde Bemerkungen Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist</p>	<p>Hier gilt das unter Nr. 31 Ausgeführte entsprechend. An dieser Stelle fehlt ebenso eine zur Abgrenzung geeignete Definition der Versorgungsform „Wundversorgung einer chronischen und</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr.31a: AG: Siehe Abschnitt zu Leistungsverzeichnis Nr. 31 Lfd. 7</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			schwer heilenden Wunden“.		
11.	bpa	<p>Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilbaren Wunde Bemerkungen [...] Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.[...]</p>	<p>Die hier vorgenommene Formulierung ist ein Eingriff in die Berufsausübung und eine Erweiterung der bestehenden Vorbehaltstätigkeiten nach dem Pflegeberufegesetz verbunden mit einer Regelung zu Lasten Dritter. Die Regelung zur Zulassung von Leistungserbringern in der häuslichen Krankenpflege ist abschließend und differenziert nicht zwischen spezialisierten Diensten und allgemeinen. Für die Umschreibung „spezialisiert“ gibt es zudem keine Legaldefinition. Pflegekräfte erwerben in ihrer Ausbildung und der täglichen beruflichen Praxis umfangreiche Kenntnisse zur Wundversorgung. Eine derartige Verpflichtung könnte zudem dazu</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31a: AG: Siehe lfd. Nr. 2 und 7</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>führen, dass Leistungen aus einer Hand für einen Patienten, der mehrere Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch nimmt, unter Umständen nicht mehr möglich wären. Die Koordination zwischen verschiedenen Pflegediensten/Leistungserbringern bedeutet jedoch nicht nur erhebliche bürokratische Pflichten für diese, sondern geht auch mit einer großen Belastung für die Patienten einher. Darüber hinaus ist die Verfügbarkeit entsprechend spezialisierter Leistungserbringer mit freien Versorgungskapazitäten nicht in allen Regionen gewährleistet.</p>		
12.	bpa	<p>Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilbaren Wunde Bemerkungen</p>	<p>Das Erfordernis eines engen Informationsaustauschs und enger Abstimmungen aller an der Versorgung beteiligter Leis-</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31a: AG: Eine Abstimmung und Koordination bei mehreren an der Versorgung Beteiligten ist notwendig. Dabei haben sich</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		[...] Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen. [...]	tungserbringer bedarf einer strukturierten Koordination. Hier bleibt völlig offen, von wem diese auszugehen hat. Es bedarf einer Klarstellung, wer diese zusätzliche Leistung sicherzustellen hat und wie ggf. diese neue Leistung ausgehend vom Aufwand abgebildet werden soll. Zudem wird hier eine Regelung zu Lasten von Pflegediensten formuliert, die an der Wundversorgung ausdrücklich nicht beteiligt werden sollen. Diesen Diensten liegt keine Verordnung zur Erbringung der Leistung häusliche Krankenpflege vor. Eine ggf. wünschenswerte Beteiligung, kann mangels Leistungsvereinbarung nicht eingefordert werden	die beteiligten Leistungserbringer untereinander abzustimmen. Die Vertragspartner können entsprechende vertragliche Regelungen prüfen.	
13.	bpa	Nr. 31b [PATV] Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung	Hier gelten die Ausführungen unter Nr. 31a entsprechend.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31b (PatV): AG: Siehe lfd. Nr. 2	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Bemerkungen [...] Um eine spezialisierte Einrichtung handelt es sich, wenn diese u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung [...])</p> <p>[...] Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen. [...]</p>			
14.	Caritas	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31a „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer heilenden Wunde“</p> <p>Hinsichtlich der Überschrift spricht sich der Deutsche Caritasverband für die Variante von DKG, KBV und GKV-SV aus. Eine Unterteilung der Wundversorgung wie sie von PatV in 31a „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer</p>	<p>Eine Unterteilung wie von der PatV vorgeschlagen ist aus unsere Sicht nicht erforderlich, da die Anforderungen an die Wundversorgung dem Grunde nach identisch sind und eine solche Differenzierung deshalb missverständlich ist.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Zur Überschrift: siehe lfd. Nr. 1</p> <p>Zur Qualifikation der Leistungserbringer: siehe lfd. Nr. 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst“ und 31b „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“ wird von uns abgelehnt.			
15.	Caritas	<p>Absatz 6 „Bemerkungen“ ist zu streichen.</p> <p>Die Ergänzungen der Leistungsbeschreibung werden befürwortet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatV, KBV, DKG zusätzlich: Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung - PatV, KBV zusätzlich: sowie krankheitsbezogene Lebensführung <p>PatV, KBV, DKG zusätzlich: Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression</p>	<p>Absatz 6 beinhaltet die Festlegung einer Qualifikationsanforderung i. S. einer Zusatzqualifikation. Die Eignung der Leistungserbringer ist jedoch gem. §132a SGB V in den Bundesrahmenempfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege zu regeln und nicht in der vorliegenden Richtlinie.</p> <p>Diese drei Ergänzungen der Leistungsbeschreibung werden vom Deutschen Caritasverband als notwendige Maßnahmen im Rahmen einer umfassenden Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden unterstützt. Wir möchten allerdings darauf hinweisen,</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a Absatz 6, Streichung:</p> <p>AG: Zur Anleitung: siehe lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			dass Anleitungen und Beratungen im Rahmen der Verhandlungen der Vergütungen auf Landesebene angemessen zu berücksichtigen bzw. zu refinanzieren sind.		
16.	DBfK	Nr. 31a Der DBfK schließt sich den Ausführungen der DKG, KBV, GKV-SV an. Eine Unterteilung der Nr. 31 in a) spezialisierten Pflegedienst und b) spezialisierte Einrichtung wird abgelehnt. Grundsätzliche Anmerkungen zu der Anforderung „Spezialisierter Leistungserbringer“	Nach wie vor liegt die alleinige Verantwortung für die Art und Weise und die Häufigkeit der Wundbehandlung, die Beurteilung der Wundheilung und die Anpassung der Wundversorgung beim verordnenden Arzt/bei der verordnenden Ärztin. Pflegefachpersonen können einzig im Rahmen ihrer Remonstrationspflicht die Durchführung einer ärztlichen Anordnung verweigern. In der Ausbildung zur Pflegefachperson findet sich in jedem Curriculum das Thema „Wunden einschätzen und versorgen“ oder eine ähnliche Formulierung wieder.	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31a:</p> <p>AG: Zur Delegation: siehe Auswertung zu akuten Wunden (Nr. 31), lfd. Nr. 3,</p> <p>AG: Zur Qualifikation der Leistungserbringer: siehe lfd. Nr. 2.</p> <p>Zur Klarstellung: Die Versorgung kann nicht durch ein Wundzentrum verordnet werden sondern nur durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Jede examinierte Pflegefachperson ist durch ihre Ausbildung in der Lage, eine ärztliche Anordnung/Verordnung zur Wundversorgung fach- und sachkundig auszuführen, zu dokumentieren und relevante Veränderungen an die Ärztin/den Arzt weiterzuleiten. Die Forderung die Versorgung chronischer schwer heilender Wunden ausschließlich an spezialisierte Leistungserbringer zu übertragen sehen wir kritisch. Solange Pflegefachpersonen nur die Durchführungsverantwortung und kein Mitspracherecht bei der Anordnung haben, stehen wir der Forderung, die Leistungserbringung ausschließlich durch besonders qualifizierte Wundexperten zu erbringen, ablehnend gegenüber.</p>	<p>AG: Zur Vergütung bei besonderer Qualifikation: Die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V können entsprechende Regelungen beraten.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Auch wenn die Versorgung anstelle der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes durch ein Wundzentrum gesteuert wird, kann die Wundversorgung von einem Pflegedienst mit einem entsprechenden Versorgungsvertrag sach- und fachkundig erbracht werden.</p> <p>Analog des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, sehen wir es als sinnvoll an, wenn dem Pflegedienst <u>eine</u> pflegerische Fachexpertin/ <u>ein</u> pflegerischer Fachexperte zur Verfügung steht – allerdings unter dem Vorbehalt, dass sowohl die Weiterbildung als auch der Einsatz entsprechend refinanziert werden.</p>		
17.	DBfK	<p>Nr. 31a Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen Der DBfK schließt sich den Ausführungen der PatV, KBV, DKG an, sofern die</p>	<p>Analog des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, sehen wir die</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31b (PatV): AG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Leistung Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen der Länder wird.	Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen von Patienten/Angehörigen/ Bezugspersonen als notwendig und sinnvoll an – allerdings unter dem Vorbehalt, dass die Leistung entsprechend refinanziert wird.		
18.	DBfK	Nr. 31a krankheitsbezogene Lebensführung Der DBfK schließt sich den Ausführungen der PatV, KBV an, sofern die Leistung Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen der Länder wird.	Analog des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, sehen wir die Anleitung zu einer krankheitsbezogenen Lebensführung als notwendig und sinnvoll an – allerdings unter dem Vorbehalt, dass die Leistung entsprechend refinanziert wird.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31b (PatV): AG: Siehe lfd. Nr. 3	
19.	DBfK	Nr. 31a Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression. Der DBfK schließt sich den Ausführungen der PatV, KBV, DKG an, sofern die Leistung Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen der Länder wird.	Analog des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, sehen wir die Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31b (PatV): AG: Siehe lfd. Nr. 3	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Schmerzen, Wundgeruch und Kompression als notwendig und sinnvoll an – allerdings unter dem Vorbehalt, dass die Leistung entsprechend refinanziert wird.		
20.	DBfK	Nr. 31a ggf. zusätzliche Führung einer Fotodokumentation Der DBfK spricht sich dafür aus, diesen Passus zu streichen.	Der genaue Nutzen einer Fotodokumentation ist aufgrund der großen Fehleranfälligkeit bei der Erstellung der Fotos fraglich bzw. nur als zusätzliche Information zu sehen. Im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ wird im Prozesskriterium 1b klar formuliert, dass die schriftliche Dokumentation verbindlich ist und Fotografien nur zur Unterstützung der Dokumentation eingesetzt werden sollten, strikt standardisiert erstellt werden müssen und eine Einwilligung der Patientin/des Patienten vorliegen muss. Um Irritation bei der Leis-	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte Nr. 31a: AG: Siehe lfd. Nr. 3	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			tunsgbewilligung auszu-schließen, ist aus unserer Sicht die Fotodokumentation in der Leistungsbeschreibung zu streichen.		
21.	DBfK	<p>Nr. 31a Verordnungszeitraum Der DBfK sieht es als notwendig an in Fällen, in denen eine Wundheilung bereits im Vorfeld als sehr langwierig eingeschätzt wird bzw. ausgeschlossen wird, von einer Beschränkung des Verordnungszeitraums auf vier Wochen abzusehen und eine Langzeitverordnung auszustellen.</p>	Im Sinne des Bürokratieabbaus sollte die Möglichkeit, eine Langzeitverordnung auszustellen, geschaffen werden.	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 31a: AG: Die Regelung des G-BA, dass Verordnungen jeweils bis zu vier Wochen ausgestellt werden sollen, sollen sicherstellen, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Heilungsfortschritt der Wunde regelmäßig überprüfen und ggf. Anpassungen der Verordnung vornehmen kann. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass ausweislich der Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-RL Aussagen zur Dauer der Verordnung und zur Häufigkeit der Verrichtungen Empfehlungen für den Regelfall sind, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
22.	Diakonie	Leistungsverzeichnis Nr. 31a Leistungsbeschreibung Hier sprechen wir uns für die Leistungsbeschreibung „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ aus.	Hinsichtlich der Überschrift spricht sich die Diakonie Deutschland für die Variante von DKG, KBV und GKV-SV aus. Die Unterteilung der Wundversorgung wie sie von Seiten der Patientenvertretung vorgeschlagen wird in Nr. 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst“ und Nr. 31b „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“ wird abgelehnt.	Änderungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung in Nr. 31a: AG: Siehe lfd. Nr. 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
23.	Diakonie	<p>Die folgenden Ergänzungen werden befürwortet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatV, KBV, DKG zusätzlich: „Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung“ - PatV, KBV, DKG zusätzlich: „Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression“ 	<p>Die zwei Ergänzungen der Leistungsbeschreibung werden vom der Diakonie Deutschland im Rahmen einer umfassenden Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden unterstützt. Diese Anleitungen und Beratungen sind im Rahmen der Verhandlungen der Vergütungen auf Landesebene bzw. in Vereinbarungen nach § 132a Absatz 4 SGB V angemessen zu berücksichtigen. Des Weiteren gehen wir davon aus, dass die neue Leistung Nr. 31a. neu in den Vereinbarungen nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich der Vergütungsvereinbarungen abgebildet werden muss. Um die Versorgung der Versicherten nicht zu gefährden, bedarf es einer Übergangsregelung.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung in Nr. 31a: AG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
24.	Diakonie	<p>Bemerkungsspalte Abs. 6 ist zu streichen.</p> <p>„Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).“</p>	<p>Absatz 6 der Bemerkung ist aus Sicht der Diakonie Deutschland zu streichen, da es sich hier um die Festlegung einer Qualifikationsanforderung handelt, bei der eine Zusatzqualifikation gefordert wird. Die Eignung der Leistungserbringer ist jedoch gemäß § 132a Absatz 1 SGB V in den Bundesrahmenempfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege und in den Vereinbarungen nach § 132a Absatz 4 SGB V zu regeln und nicht in der Häuslichen Krankenpflege Richtlinie.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 2</p>	
25.	DGP	<p>Zu Nr. 31a.</p> <p>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde / Bemerkung:</p> <p>Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde oder eine Wunde bei exulzierendem Tumor vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist.</p> <p>Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb</p>	<p>Die Wunde/n bei Palliativpatienten, exulzierende Tumore oder Wunden in der Sterbephase sind in der Regel nicht kurativ behandelbar und sind einer besonderen chronischen Wundversorgung zuzuordnen, die sich an belasten-</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Zur Palliativen Ausrichtung: siehe auch Auswertung zur akuten Wunde (Nr. 31), lfd. Nr. 8.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab.</p> <p>Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 verordnet wurden.</p> <p>Bei Palliativpatienten, Patienten mit malignen Wunden oder Wunden in der Sterbephase ist eine Wundheilung überwiegend nicht erreichbar.</p> <p>In diesen besonderen Fällen ist eine Therapiezielklärung erforderlich. Bei palliativer Wundversorgung erfolgt eine symptomorientierte Wundbehandlung mit dem Ziel der Reduktion und Kontrolle von Symptomen, (wie z.B. Schmerz, Infektion, Exsudat, Blutung, Geruchsbildung) und/oder Förderung der Lebensqualität und/oder Autonomie.</p> <p>Liegt eine behandlungsbedürftige maligne Wunde bei exulzierendem Tumor vor, ist die ergänzende Verordnung der Ziffer 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten zu erwägen.</p> <p>Benötigen behandlungsbedürftige Wunden und/oder exulzierende Tumore aufgrund ihres Versorgungsaufwandes</p>	<p>den Symptomen, Lebensqualität und Autonomie orientiert.</p> <p>Auch ist unter diesen Umständen zu berücksichtigen, dass eine Verschlimmerung des Wundzustandes nicht immer zu verhindern ist.</p> <p>Exulzierende Tumorzellen sind insofern besonders, da Sie grundsätzlich keine Heilungstendenz aufweisen und zudem an Körperregionen auftreten, die für den Patienten eine kosmetische belastende Veränderung aufweisen und durch Keimbeseidlung den Patienten und sein Umfeld vor besondere olfaktorischen Herausforderungen stellt.</p> <p>Die Behandlung dieser die exulzierenden Tumoren betreffenden Besonderheiten in der Wundversorgung erfordert ggf. die ergänzende, besondere</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>eine komplexe Behandlung, ist die Indikation einer Versorgung durch die spezialisierte Ambulante Palliativversorgung zu prüfen.</p>	<p>Symptombehandlung der Leistung 24a.</p> <p>Die Expertise von den auf chronische und schwer heilende Wunden spezialisierten Leistungserbringern erstreckt sich regelmäßig nicht auf die Erfordernisse bei der Wundbehandlung in palliativen und/oder Sterbesituationen. Hier sind ergänzende Kompetenzen erforderlich, die sich insbesondere auf die Symptomlinderung, Aufrechterhaltung, bzw. Wiederherstellung des Körperbildes, der Eigenwahrnehmung und der Aufrechterhaltung der Lebensqualität und Autonomie konzentrieren. Der Hinweis gibt dieser besonderen Situation Ausdruck und verleiht der Palliativversorgung in der Krankenbehandlung die angemessene Beachtung.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
26.	DGP	Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen. Die Grundsätze einer palliativen Wundbehandlung und/oder Wundbehandlung in der Sterbephase sind dabei ggf. zu berücksichtigen.	Die Expertise von den auf chronische und schwer heilende Wunden spezialisierten Leistungserbringern erstreckt sich regelmäßig nicht auf die Erfordernisse bei der Wundbehandlung in palliativen und/oder Sterbesituationen. Hier sind ergänzende Kompetenzen erforderlich, die sich insbesondere auf die Symptomlinderung, Aufrechterhaltung, bzw. Wiederherstellung des Körperbildes, der Eigenwahrnehmung und der Aufrechterhaltung der Lebensqualität und Autonomie konzentrieren. Der Hinweis gibt dieser besonderen Situation Ausdruck und verleiht der Palliativversorgung in der Krankenbehandlung die angemessenen Beachtung.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: AG: Durch den grundsätzlichen Hinweis in § 1 Abs. 1 der HKP-RL, dass die HKP sowohl kurativ als auch palliativ ausgerichtet sein kann, wird dem Anliegen bereits grundsätzlich Rechnung getragen. Ein Änderungsbedarf besteht nicht.	
27.	DGP	Zu Nr 31a. Wundversorgung einer akuten Wunde / Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:	In der Beschreibung wird für die chronische Wunde ein Zeitraum von voraussichtlich nicht unter 12	Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 31a:	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Erstverordnung sowie Folgeverordnung bis zu 4 Wochen sowie Folgeverordnungen für bis zu einem Quartal .	Wochen unterstellt. Der Zeitraum von vier Wochen für die Erstverordnung ist im Sinne einer Orientierungsgebung für die Chronizität einer Wunde nachvollziehbar und sinnvoll. Für die Folgeverordnung stellt ein Zeitraum von 4 Wochen jedoch ein Widerspruch dar und stellt zudem eine unwirtschaftliche und ungerechtfertigte Verwaltungsbelastung dar. Zudem wird mit dem kurzen Zeitraum der Folgeverordnung dem Patienten aufgrund der Zuzahlungen eine ungerechtfertigte finanzielle Belastung auferlegt.	AG: Siehe lfd. Nr. 21	
28.	DGP	Zu Nr 31b. Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung / Bemerkung Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde oder eine Wunde bei exulzierendem Tumor vorliegt	Die Wunde/n bei Palliativpatienten, exulzierende Tumore oder Wunden in der Sterbephase sind in der Regel nicht kurativ behandelbar und sind einer besonderen chronischen Wundversorgung zuzuord-	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b: AG: Siehe lfd. Nr. 25	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - bei der ein Wundverband indiziert ist und - der Zustand der Patientin oder des Patienten eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit zulassen. <p>Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab. Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 oder 31a verordnet wurden.</p> <p>Liegt eine behandlungsbedürftige Wunde bei Palliativpatienten, bei exulzierendem Tumor und/oder in der Sterbephase vor, ist die ergänzende Verordnung der Ziffer 24a Symptomkontrolle bei Palliativ-patientinnen oder Palliativpatienten zu erwägen.</p>	<p>nen, die sich an belastenden Symptomen, Lebensqualität und Autonomie orientiert.</p> <p>Auch ist unter diesen Umständen zu berücksichtigen, dass eine Verschlimmerung des Wundzustandes nicht immer zu verhindern ist.</p> <p>Exulzierende Tumorzellen sind insofern besonders, da sie grundsätzlich keine Heilungstendenz aufweisen und zudem an Körperregionen auftreten, die für den Patienten eine kosmetische belastende Veränderung aufweisen und durch Keimbesiedelung den Patienten und sein Umfeld vor besondere olfaktorische Herausforderungen stellt.</p> <p>Die Behandlung dieser, die exulzierenden Tumoren betreffenden Besonderheiten in der Wundversorgung, erfordert ggf. die</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ergänzende, besondere Symptombehandlung der Leistung 24a.</p> <p>Die Expertise von den auf chronische und schwer heilende Wunden spezialisierte Leistungserbringer erstreckt sich regelhaft nicht auf die Erfordernisse bei der Wundbehandlung in palliativen und/oder Sterbesituationen. Hier sind ergänzende Kompetenzen erforderlich, die sich insbesondere auf die Symptomlinderung, Aufrechterhaltung, bzw. Wiederherstellung des Körperbildes, der Eigenwahrnehmung und der Aufrechterhaltung der Lebensqualität und Autonomie konzentrieren. Der Hinweis gibt dieser besonderen Situation Ausdruck und verleiht der Palliativversorgung in der Krankenbehandlung die angemessene Beachtung</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
29.	DGP	<p>Zu Nr. 31b Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einer Einrichtung, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.</p> <p>Die Grundsätze einer palliativen Wundbehandlung sind dabei ggf. zu berücksichtigen.</p>	<p>Die Expertise von den auf chronische und schwer heilende Wunden spezialisierten Leistungserbringern erstreckt sich regelmäßig nicht auf die Erfordernisse bei der Wundbehandlung in palliativen und/oder Sterbesituationen. Hier sind ergänzende Kompetenzen erforderlich, die sich insbesondere auf die Symptomlinderung, Aufrechterhaltung, bzw. Wiederherstellung des Körperbildes, der Eigenwahrnehmung und der Aufrechterhaltung der Lebensqualität und Autonomie konzentrieren.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 25</p>	
30.	DGP	<p>Zu Nr. 31b. Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung / Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen</p>	<p>Der Zeitraum von vier Wochen für die Erstverordnung ist, im Sinne einer Orientierungsgebung für die Chronizität einer Wunde, nachvollziehbar und sinnvoll. Für die Folgeverordnung stellt ein Zeitraum von 4 Wochen jedoch ein Widerspruch</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 21</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			dar und stellt zudem eine unwirtschaftliche und ungerechtfertigte Verwaltungsbelastung dar. Zudem wird mit dem kurzen Zeitraum der Folgeverordnung dem Patienten aufgrund der Zuzahlungen eine ungerechtfertigte finanzielle Belastung auferlegt.		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
31.	DRK	<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31a</p> <p>Überschrift</p> <p>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</p> <p>Die Formulierung von DKG, KBV, GKV wird präferiert.</p> <p>Eine Unterscheidung nach Leistungserbringung durch Pflegedienst bzw. spezialisierte Einrichtung, wie von der PatV vorgeschlagen, wird nicht unterstützt.</p>	<p>Das DRK weist darauf hin, dass die folgenden Festlegungen nicht unter die Regelungskompetenz des GBA fallen.</p> <p>„Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.</p> <p>Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).“</p> <p>Diese wird von den Vertragspartnern nach §132a SGB V vereinbart werden.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Zur Überschrift: siehe lfd. Nr. 1</p> <p>AG: Zur Qualifikation der Leistungserbringer: siehe lfd. Nr. 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			Die Passagen sind damit zu streichen.		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
32.	DRK	<p>Einschub von PatV, KBV und DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung <p>Einschub von PatV, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - sowie krankheitsbezogene Lebensführung <p>Einschub von PatV, KBV, DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression <p>Alle drei Einschübe werden unterstützt.</p>	<p>Patienten sollten die Möglichkeit erhalten sich aktiv an ihrer Gesundheit beteiligen zu können. Dazu gehören Informationen zum Krankheitsbild und zu den Heilungswegen genauso wie Informationen, was die Patienten selbst zu einer Gesundheitsverbesserung beitragen können. Auch eine Anleitung mit belastenden Krankheitssituationen (z.B. Schmerzen, Wundgeruch) umzugehen wird als förderlich eingeschätzt. Von daher werden alle drei Texteingänge unterstützt</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
33.	Parität	Leistungsverzeichnis Nr. 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“	<p>Der Paritätische unterstützt den Vorschlag zur Überschrift von DKG, KBV, GKV-SV.</p> <p>Die Einteilung der Wundversorgung in 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst“ und in 31b „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“, die seitens der Patientenvertretung vorgeschlagen wird, lehnt der Paritätische ab.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Zur Überschrift: siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
34.	Parität	<p>Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).</p>	<p>Absatz 6 der Bemerkung ist aus Sicht des Paritätischen zu streichen, da es sich hier um die Festlegung einer Qualifikationsanforderung handelt, bei der eine Zusatzqualifikation gefordert wird. Die Eignung der Leistungserbringer ist jedoch gem. §132a SGB V in den Bundesrahmenempfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege zu regeln.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: AG: Siehe lfd. Nr. 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
35.	Parität	<p>Die Ergänzungen werden befürwortet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatV, KBV, DKG zusätzlich: Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung - PatV, KBV zusätzlich: sowie krankheitsbezogene Lebensführung - PatV, KBV, DKG zusätzlich: Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression 	<p>Die drei Ergänzungen der Leistungsbeschreibung werden vom Paritätischen im Rahmen einer umfassenden Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden unterstützt. Die genannten Anleitungen und Beratungen sind im Rahmen der Verhandlungen der Vergütungen auf Landesebene angemessen zu berücksichtigen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: AG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	
36.	VDAB	<p>Zu Nummer 31 a/b neu des Leistungskataloges Sofern eine Trennung nach Leistungserbringern und Leistungsort gefordert wird, sehen wir eine solche Trennung als fachlich nicht für sinnvoll! Die Trennung sollte aus diesem Grunde dringend unterbleiben.</p>	<p>Eine Trennung im Leistungskatalog erscheint fachlich nicht geboten. Die HKP-RiL sollte keine Regelungen vornehmen, welche in der individuellen Versorgungssituation zu Einschränkungen führen und somit den Behandlungserfolg gefährden können.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a/b: AG: Siehe lfd. Nr. 1 und 2</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Eine Generalisierung dahingehend, dass bei chronischen und schwer heilenden Wunden eine Versorgung durch einen nicht spezialisierten Leistungserbringer grundsätzlich nicht ausreichend sei, hat zu unterbleiben.</p> <p>Die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden durch professionelle ambulante Pflegedienste stellt keine Neuerung dar! Es ist schon heute Bestandteil der täglichen Arbeit dieser Leistungserbringer. Sie setzen professionell die verordneten Maßnahmen um.</p> <p>Voraussetzung für den Erfolg ist grundsätzlich die Geeignetheit und Angemessenheit der verordneten Maßnahmen. In diesem Zusammenhang scheint es fachlich geboten, bereits auf der Ebene</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der Verordnungsausstellung anzusetzen und die Verordnungsaussteller dazu anzuhalten, im Sinne neuester medizinischer Erkenntnisse die Maßnahmen zu beschließen. Hierfür erscheint die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Wundexperten als unumgänglich.</p> <p>Weiterführende Regelungen zu Leistungserbringern und Leistungsarten können die Vertragspartner nach § 132 a SGB V bei Bedarf individuell treffen.</p> <p>Die HKP- RiL geht des Weiteren im Grundsatz von der Behandlung durch einen fest definierten zugelassenen Leistungserbringer in der Häuslichkeit des Versicherten/der Versicherten aus. Hiervon sollte nicht abgewichen werden</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
37.	VDAB	Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges Unter Leistungsbeschreibung fordern wir folgende Änderung: In Abstimmung Auf Verordnung durch die mit der behandelnden Ärztin oder den behandelnden Arzt	Siehe oben, der Leistungserbringer erbringt die Maßnahme auf Verordnung.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr.31a: AG: Siehe lfd. Nr. 3 aus Kapitel „Nr. 31 (neu), Akute Wunden“	
38.	VDAB	Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges Die Leistungsbeschreibungen „Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen...“ sowie „Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere...“ sind zu verschieben nach Nummer 7	Die Anleitung gehört unter Nummer 7 des Leistungskataloges. Die jeweiligen Leistungen sollten zur Abgrenzung der unterschiedlichen Ansprüche nicht vermischt werden.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: GKV: Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 3 PatV, KBV, DKG: Die Anleitung bezieht sich ausschließlich auf die Wundversorgung und wird daher separat in dieser Leistungsziffer geregelt.	
39.	VDAB	Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges Unter Bemerkung muss folgende Änderung vorgenommen werden „Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer seil kann von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung	Die Wahl des Leistungserbringers liegt im Rahmen einer Einzelfallbetrachtung der individuellen medizinischen Situation in der Verantwortung des Vorordners der Maßnahme. Zur Sicherstellung bestmöglicher Ergebnisse muss	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: AG: Zur Klarstellung: Der Verordner legt nicht den konkreten Leistungserbringer fest. Siehe im übrigen lfd. Nr. 2	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.“	auch ein möglicher Leistungserbringer-Mix in Betracht kommen.		
40.	VDAB	Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges Folgende Bemerkung ist zu streichen: „ Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen (z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten). “	Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass es sich bei Nummer 31 a immer um Behandlungspflege in einer externen Einrichtung handelt. Dieser Grundsatz ist jedoch nicht korrekt. In der HKP RiL wird grundsätzlich von der Behandlung in der eigenen Häuslichkeit ausgegangen.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: AG: Gemäß § 37 Abs. 7 SGB V hat der Gesetzgeber eine moderate Öffnung des Leistungsortes und damit auch eine Leistungserbringung in einer externen spezialisierten Einrichtung vorgesehen.	
41.	VDAB	Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges Folgende Bemerkung ist zu streichen: „ Wird die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch einen spezialisierten Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] erbracht, erfolgt die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen spezialisierten Versorgungsbedarfs nur durch diesen Leistungserbringer. “	Die Behandlungspflege erfolgt immer auf Basis einer Verordnung und dem vom Versicherten/von der Versicherten ausgewählten und benannten Leistungserbringer. Diese Regelung ist daher überflüssig. Ein Leistungserbringerwechsel kommt nur in absoluten Sonderfällen, wie z.B. die Einstellung eines Betriebes oder schwerwiegende	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a: AG: Es geht nicht um den Wechsel, sondern um die Vermeidung einer zeitgleichen Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer im Rahmen der Wundversorgung, Dadurch soll die Wundversorgung der chronischen Wunde „aus einer Hand“ gesichert werden.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			personelle Ausfälle in Betracht. Diese Fälle können nicht in der HKP- RiL geregelt werden.		
42.	VDAB	<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p> <p>Folgenden Bemerkung ist zu streichen: „Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.“</p>	<p>Im Rahmen der Behandlung durch Leistungserbringer-Mix ist eine Koordination unumgänglich und muss nicht erst über diese Richtlinie festgeschrieben werden. Im Übrigen ist diese Regelung zu weitreichend.</p> <p>Sofern Leistungserbringer für den Versicherten/die Versicherte tätig sind, welche nicht die Wundversorgung tangieren bzw. nicht einmal Behandlungspflege erbringen, sondern beispielsweise Pflege nach SGB XI, können diese im Rahmen der Leistung nach Nummer 31 a nicht gebunden werden. Diese Regelung geht damit zu Lasten Dritter, welche im Grundsatz nicht betroffen</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31a:</p> <p>AG: Sind verschiedene Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt, erfolgt die Koordination der Leistungserbringung in Abstimmung mit dem Versicherten durch die beteiligten Leistungserbringer.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31a (und 31b PatV) chronische und schwer heilende Wunden	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>sind und greift in bestehende Dienstleistungsverträge ein. Ein solcher Koordinationsaufwand wäre eine Zusatzleistung, welche mit Kosten verbunden wäre.</p> <p>Es ist grundsätzlich Angelegenheit des Versicherten/der Versicherten, sofern mehrere Leistungserbringer für diesen tätig sind, Termine zu koordinieren, sofern er/sie die Organisation nicht als Dienstleistung vom Pflegedienst einkauft.</p>		
43.	VDAB	Zu Nummer 31 b des Leistungskataloges Nummer 31 b ist zu streichen	Eine Trennung in Nummer 31 a und b sehen wir aus oben benannten Gründen als nicht sachgerecht an.	AG: zustimmende Kenntnisnahme	

B-6.1.9 Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr. 31b (31c PatV)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31b (31c PatV) Kompressionstherapie	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	AWO	„An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“ wird unterstützt.			
2.	bad e.V.	Zu Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 1 das Ziel „Wundheilung“ zu ergänzen um die einschränkenden Worte „ <i>sofern eine Wunde vorliegt</i> “	Nicht in jeden Fall, in dem das Anziehen von Kompressionsstrümpfen bzw. –strumpfhosen geboten ist, liegt auch eine Wunde vor. Der Änderungsvorschlag trägt diesem Umstand Rechnung.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b: AG: Kenntnisnahme	
3.	bad e.V.	Zu Nr. 31b [PatV 31d] des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 1 vor der Aufzählung durch Spiegelstriche das Wort „ <i>nur</i> “ durch das Wort „ <i>insbesondere</i> “ zu ersetzen.	Eine abschließende Aufzählung der Fälle, in denen die Leistung verordnungsfähig ist, steht den HKP-Richtlinien nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nicht zu. Die gesetzlichen Anspruchsvor-	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b: AG: Leistungen der häuslichen Krankenpflege können nach § 37 SGB V nur verordnet werden, wenn die oder der Versicherte die Leistun-	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31b (31c PatV) Kompressionstherapie	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>raussetzungen sind hier nach vielmehr dann gegeben, wenn die verordnete Leistung medizinisch notwendig ist. Dies kann auch außerhalb der Aufzählung des Entwurfstexts der Fall sein. Der Änderungsvorschlag berücksichtigt dies und macht gleichwohl deutlich, dass die Aufzählung des Entwurfstexts in der Praxis relevante Fallbeispiele sind.</p>	<p>gen nicht selbstständig ausführen kann. Der G-BA konkretisiert, wann die Leistungen verordnet werden können. Eine Änderung ist nicht erforderlich.</p>	
4.	bad e.V.	<p>Zu Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 5 vor der Aufzählung durch Spiegelstriche das Wort „nur“ durch das Wort „<i>insbesondere</i>“ zu ersetzen.</p>	<p>Eine abschließende Aufzählung der Fälle, in denen die Leistung verordnungsfähig ist, steht den HKP-Richtlinien nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nicht zu. Die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen sind hier nach vielmehr dann gegeben, wenn die verordnete Leistung medizinisch notwendig ist. Dies kann auch außerhalb der Aufzählung des Entwurfstexts der Fall</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b: AG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31b (31c PatV) Kompressionstherapie	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			sein. Der Änderungsvorschlag berücksichtigt dies und macht gleichwohl deutlich, dass die Aufzählung des Entwurfstexts in der Praxis relevante Fallbeispiele sind.		
5.	Caritas	Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV „An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“ werden von uns unterstützt.			
6.	DBfK	Nr. 31b Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes Der DBfK regt an, die fehlende Toleranz des Kompressionsstrumpfes als Verordnungsgrund für den Kompressionsverband aufzunehmen.	Insbesondere bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen kann es vorkommen, dass diese die Kompressionstherapie mit Kompressionsstrümpfen nicht tolerieren, z.B. wenn sie nicht mehr in der Lage sind die Strümpfe ausziehen, wenn der Kompressionsdruck unerträglich wird. Uns sind Beispiel	Änderungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung in Nr. 31b: AG: Bei der medizinischen Entscheidung darüber, ob Kompressionsstrümpfe oder Kompressionsverbände verordnet werden sollen, ist die Adhärenz des Versicherten zu	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31b (31c PatV) Kompressionstherapie	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			bekannt, in denen in einer solchen Situation die Strümpfe von den Patientinnen/Patienten selbst zerschnitten wurden, um sich Erleichterung zu verschaffen.	berücksichtigen. Eine Änderung ist daher nicht notwendig.	
7.	Parität	Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV <i>„An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“</i> werden unterstützt.			
8.	Diakonie	Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV <i>„An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/ -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“</i> wird unterstützt.	Die Leistungen müssen sich aus unserer fachlichen Perspektive auf alle Extremitäten (d. h. Arme und Beine (insbesondere bei Amputationen, Verbrennungen, Lymphstausymptomen) beziehen können. Dies soll durch die Ergänzung klar gestellt werden.	Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31b: AG: Die Richtlinie macht diesbezüglich keine Einschränkungen.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31b (31c PatV) Kompressionstherapie	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>In die Bemerkungspalte ist zusätzlich aufzunehmen.</p> <p>„Das Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist für alle Extremitäten (Arme und Beine) verordnungsfähig.“</p>			

B-6.1.10 Stellungnahmen zur Änderung im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen Nr. 31c (31d PatV)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31c (31d PatV) stabilisierende und stützende Verbände	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
1.	AWO	<p>Die Ergänzung und Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31c /Nr. 31d der PatV „An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden“ wird unterstützt.</p> <p>Folgende Änderung ist erforderlich: Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Bis zu <u>6</u> Wochen, jeweils 1x täglich.</p>	<p>Gilchristverbände, Gips-schienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der Regel bis zu 6 Wochen angelegt werden. Daher muss die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit angepasst werden. Eine maximale Verordnungsmöglichkeit von bis zu 2 Wochen entspricht weder der medizinischen Notwendigkeit noch der Wirtschaftlichkeit.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in 31c /Nr. 31d d:</p> <p>AG: Kenntnisnahme und Aufnahme in zukünftige Beratungen.</p>	
2.	bpa	<p>Nr. 31 c An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden Bemerkungen Das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die stützenden und stabilisierenden Verbände nicht</p>	<p>Der Richtliniengeber bemerkt ausweislich seiner tragenden Gründe lediglich, dass Nr. 31b systematisch separiert wurde und rein klarstellend um eine Beschreibung der Verordnungsvoraussetzungen ergänzt wurde. Bislang war die Verordnungsfähigkeit allerdings nicht eingegrenzt auf eine</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31c:</p> <p>AG: Leistungen der häuslichen Krankenpflege können nach § 37 SGB V nur verordnet werden, wenn die oder der Versicherte die Leistungen nicht selbstständig ausführen kann. Der G-BA konkretisiert, wann die Leistun-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31c (31d PatV) stabilisierende und stützende Verbände	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>fachgerecht an- oder ablegen können oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die stützenden oder stabilisierenden Verbände selbstständig an- und abzulegen (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	<p>Personengruppe, die unter die in den Bemerkungen aufgezählten körperlichen bzw. geistigen Beschränkungen fällt. Es handelt sich damit also um eine leistungsrechtliche Einschränkung der Verordnungsfähigkeit dieser Leistung, die bislang so nicht gegeben war. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer durchaus nachhaltigen fachlichen Begründung, warum die Leistung des An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden nach § 31b hinsichtlich des Personenkreises künftig nur noch eingeschränkt verordnet werden können soll.</p>	<p>gen verordnet werden können. Eine Änderung ist nicht erforderlich. Diesem Grundsatz wird hier Rechnung getragen.</p>	
3.	DBfK	<p>Nr. 31c An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden Aus Sicht des DBfK ist es notwendig die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit anzupassen.</p>	<p>Gilchristverbände, Gipschienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 31c: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31c (31d PatV) stabilisierende und stützende Verbände	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Regel bis zu sechs Wochen angelegt werden. Von daher sollte die Verordnungsdauer nicht auf zwei Wochen limitiert werden.</p>		
4.	Caritas	<p>Die Ergänzung und Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31c /Nr. 31d der PatV</p> <p>„An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden“ wird unterstützt.</p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist jedoch eine Änderung der Dauer und Häufigkeit erforderlich:</p> <p>„Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Bis zu 2 6 Wochen, jeweils 1x täglich“</p>	<p>Gilchristverbände, Gips-schienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der Regel bis zu 6 Wochen angelegt werden. Deshalb muss die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit angepasst werden. Eine maximale Verordnungsmöglichkeit von bis zu 2 Wochen entspricht weder der medizinischen Notwendigkeit noch der Wirtschaftlichkeit.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 31c:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	
5.	Parität	<p>Die Ergänzung und Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31c /Nr. 31d der PatV</p> <p>„An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden“ werden unterstützt.</p>	<p>Gilchristverbände, Gips-schienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der Regel bis zu 6 Wochen angelegt werden. Der Paritätische empfiehlt daher</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 31c:</p> <p>AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31c (31d PatV) stabilisierende und stützende Verbände	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Folgende Änderung ist erforderlich: Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Bis zu 6 Wochen, jeweils 1x täglich</p>	<p>dringend die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit anzupassen. Eine maximale Verordnungsmöglichkeit von bis zu 2 Wochen entspricht weder der medizinischen Notwendigkeit noch der Wirtschaftlichkeit.</p>		
6.	Diakonie	<p>Die Ergänzung und Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31c /Nr. 31d der PatV <i>„An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden“</i> wird unterstützt.</p> <p>Folgende Änderung ist erforderlich: Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Bis zu 2 6 Wochen, jeweils 1x täglich</p>	<p>Gilchristverbände, Gips-schienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der Regel bis zu 6 Wochen angelegt werden. Daher muss die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit angepasst werden. Eine maximale Verordnungsmöglichkeit von bis zu 2 Wochen entspricht weder der medizinischen Notwendigkeit noch der Wirtschaftlichkeit.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Dauer und Häufigkeit in Nr. 31c: AG: Siehe lfd. Nr. 1</p>	
7.	VDAB	<p>Zu Nummer 31 c des Leistungskataloges Ergänzen um „Bandagen, Schienen etc.“</p>	<p>Nummer 31 c ist aus Gründen des medizinischen Fortschrittes um benannten Maßnahmen zu</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Bemerkungsspalte in Nr. 31c:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Nr. 31c (31d PatV) stabilisierende und stützende Verbände	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ergänzen. Im Genehmigungsverfahren zu Nummer 31 c wird überwiegend auf „Verbände“ im engeren Sinne abgestellt. Der Fortschritt bezüglich der unterschiedlichen Heil- und Hilfsmittel muss hierbei beachtet werden. In einigen Fällen findet diese Entwicklung Berücksichtigung, allerdings nicht in allen sachlich gebotenen Fällen, dann zu Lasten des Versicherten/der Versicherten und zugunsten des Kostenträger. Daher muss zur Klarstellung die geforderte Ergänzung aufgenommen werden.</p>	<p>AG: Kenntnisnahme und Aufnahme in zukünftige Beratungen.</p>	

B-7 Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen.

Das Wortprotokoll zur Anhörung ist in Kapitel 9 abgebildet.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 22. Mai 2019 eingeladen worden.

Die Bundesärztekammer hat bereits im Anschreiben ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2019 auf die mündliche Stellungnahme bzw. Anhörung verzichtet. Mit Schreiben vom 30. Januar 2019 hat die Bundebeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erklärt, sie verzichte auf die Abgabe einer Stellungnahme.

B-7.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 22. Mai 2019 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:							
AWO Bundesverband e.V.	Claudia Pohl	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Caritasverband e.V.	Dr. Elisabeth Fix	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	Florian Hamann	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V.	Carola Stenzel-Maubach	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	Frau Erika Stempfle	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
--	---------------------	------	------	------	------	------	------

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

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

Frage 2: Beratungsverhältnisse

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

Frage 3: Honorare

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

Frage 4: Drittmittel

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

Frage 5: Sonstige Unterstützung

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

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

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

B-7.2 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Die mündlichen Stellungnahmen waren Gegenstand der Beratungen im Unterausschuss Veranlasste Leistungen am 22. Mai 2019 und am 10. Juli 2019. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden (siehe Wortprotokoll Kapitel 9). Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (vgl.1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die geplante Änderung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie:

- Der Beschlussentwurf wird in I. Ziffer 1 Buchstabe c) wie folgt geändert:
In Satz 2 werden die Wörter „*individuellen Situation*“ durch die Wörter „*Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit*“ ersetzt.
Zudem wird folgender Satz 3 eingefügt: „*Dies muss aus der Verordnung hervorgehen*“. Der alte Satz 3 wird Satz 4.
- Der Beschlussentwurf wird in I. Ziffer 2 Buchstabe a) wie folgt geändert:
Nach dem Wort „*sind*“ wird das Wort „*zunächst*“ eingefügt und die Wörter „*die Genehmigung*“ werden ersetzt durch die Wörter „*bei Vorliegen der Genehmigung an diese*“.
- [KBV, PatV] Der Beschlussentwurf wird in I. Ziffer 3 Buchstabe c) wie folgt gefasst:
„*In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:
„Sofern ein Hausbesuch nicht erfolgt, kann sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bei Bedarf die Pflegedokumentation in Kopie vom Pflegedienst anfordern.“*“
[Anmerkung: Der Plenumsbeschluss führte zur Streichung der Änderung gemäß Buchstabe c) und einer Ergänzung in I. Ziffer 3 Buchstabe b).]
- Der Beschlussentwurf wird in II. Ziffer 1 wie folgt geändert:
In der Bemerkungsspalte wird Satz 2 durch folgende Sätze 2 und 3 ersetzt: „*Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) ordnungsfähig. Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit der Nr. 31 oder 31a ordnungsfähig.*“
Satz 8 wird wie folgt gefasst: „*Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen).*“
In Satz 9 werden die Wörter „*das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan*“ ersetzt durch die Wörter „*dokumentierten Positionswechsel*“.
- Der Beschlussentwurf wird in II. Ziffer 2 wie folgt geändert:
In der Leistungsbeschreibungsspalte zur Nr. 31 wird der Halbsatz „*In Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt*“ gestrichen.
In der Bemerkungsspalte zur Nr. 31 werden in Satz 8 die Wörter „*das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan*“ ersetzt durch die Wörter „*dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12)*“.
In der Bemerkungsspalte zur Nr. 31a werden in Satz 4 nach dem Wort „*Verschlimmerung*“ die Wörter „*sowie eine Symptomlinderung*“ ergänzt.
In der Bemerkungsspalte zur Nr. 31a werden in Satz 17 die Wörter „*das Lagerungsprotokoll oder den Bewegungsplan*“ ersetzt durch die Wörter „*dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12)*“.

PatV: Die Nr. 31b „*Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung*“ gemäß Vorschlag der PatV wird gestrichen und die Nr. 31a gemäß Vorschlag KBV, DKG, GKV-SV konsentiert.

B-9 Anhang: Stellungnahmen

B-9.1 Schriftliche Stellungnahmen

Die schriftlichen Stellungnahmen sind in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation (Abschlussbericht) abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation (Abschlussbericht) ist unter www.g-ba.de abrufbar.

B-9.2 Mündliche Stellungnahmen

B-9.2.1 Wortprotokoll der Anhörung

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Vom 22. Mai 2019

Vorsitzende:	Frau Dr. Leigemann
Beginn:	10:34 Uhr
Ende:	11:01 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

AWO Bundesverband e. V.:
Frau Claudia Pohl

Deutscher Caritasverband e. V.:
Frau Elisabeth Fix

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK):
Frau Carola Stenzel-Maubach

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie):
Frau Erika Stempfle

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB):
Herr Florian Hamann

Beginn der Anhörung: 10:34 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herzlich willkommen im Namen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen des G-BA zur ersten Anhörung am heutigen Tag zum Thema „Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden“! Ich begrüße Frau Pohl für den AWO Bundesverband, Frau Stenzel-Maubach für den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, Frau Stempfle für das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche, Herrn Hamann für den Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe und Frau Fix für den Deutschen Caritasverband. Herzlichen Dank, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben!

Ganz kurz ein paar Anmerkungen: Wir erstellen von dieser mündlichen Anhörung ein Wortprotokoll. Ich hoffe, Sie sind damit einverstanden, sonst müssten Sie jetzt die Hand heben. – Ich möchte Sie bitten, bei Kommentaren oder Wortbeiträgen konsequent das Mikrofon zu benutzen. Das macht es unserem Protokollanten sehr viel leichter, dem Verlauf zu folgen. Außerdem hat die Patientenvertretung darauf hingewiesen, dass wir heute Hörgeschädigte unter uns haben.

Vielen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Noch ein zusätzlicher Hinweis: Die Mitglieder der Arbeitsgruppe und des Unterausschusses haben Ihre Stellungnahmen gelesen und auch gewürdigt, sodass wir Sie darum bitten würden, insbesondere auf neue Aspekte Bezug zu nehmen oder sich auf die wesentlichen Punkte zu fokussieren. Vielleicht können Sie sich auch aufeinander beziehen. Wer von Ihnen möchte beginnen? – Frau Stempfle.

Frau Stempfle (Diakonie): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, noch einmal die aus unserer Sicht wesentlichen Punkte zusammenzutragen.

Der erste Punkt ist: Wir sind als Diakonie Deutschland ja Rahmenempfehlungspartner nach § 132a SGB V. Aus unserer Sicht fällt die Festlegung der Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer nach § 132a SGB V in die Kompetenz der Rahmenempfehlungspartner. Der G-BA kann nur die Anforderungen an die verordnenden Ärzte festlegen. Bezüglich der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege hat er keine Regelungskompetenz.

Der zweite Punkt ist: Nach der derzeitigen Systematik verordnet der Arzt nicht nur die häusliche Krankenpflege, sondern entscheidet auch über deren Inhalte. Wir finden: Solange der Arzt auch über die Inhalte der häuslichen Krankenpflege bestimmt, sollte die Inaugenscheinnahme im Rahmen der Verordnung ein zentraler Punkt sein. Ich weiß, dass das in der Praxis schwierig ist. Eine praxistaugliche Lösung könnte sein, § 63 Absatz 3b SGB V oder § 63 Absatz 3c SGB V in der Regelversorgung umzusetzen und den Pflegefachkräften mehr Kompetenzen zuzuteilen.

Der dritte Punkt ist: Wir halten die Unterteilung in § 31a und § 31b, die die Patientenvertreter vorschlagen, nicht für zielführend. Wir teilen durchaus die Inhalte, denken aber, dass das in einer Leistungseinheit beschrieben werden kann. – Das erst einmal zur Einführung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank. – Wer möchte fortfahren? – Frau Pohl.

Frau Pohl (AWO): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Stempfle an. Ich möchte aber einen Aspekt hervorheben, der schon ins Detail geht, und zwar den Positionswechsel. Das war zwischen den Verhandlungspartnern ein strittiger Punkt. In Nummer 12 der Leistungsbeschreibung ist richtig formuliert, dass der Positionswechsel als Leistung ab Grad 1 angezeigt ist. In der Bemerkungsspalte wird jedoch zwischen Grad 1 und Grad 2 bis 4 unterschieden und ein Zusammenhang zu dem zu verordnenden Wundverband hergestellt. Ich möchte hier den fachlichen Hinweis geben, dass das nicht immer der Fall ist. Es kann auch bei Grad 2 vorkommen, dass keine Blasenbildung vorliegt und die Haut darüber noch geschlossen ist, also ein Wundverband nicht angezeigt ist. Daher wäre unser Vorschlag, die entsprechende Formulierung zu löschen und in der Bemerkungsspalte auch ab Grad 1 den Positionswechsel als Leistung zu beschreiben. – Vielen Dank.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank für diesen fachlichen Hinweis. – Dann übergebe ich an Frau Stenzel-Maubach.

Frau Stenzel-Maubach (DBfK): Ich kann mich meinen Vorrednerinnen nur anschließen, möchte aber auch noch einmal auf den Punkt „Positionswechsel im Bett“ eingehen. Was Lagerungsprotokolle und Bewegungspläne angeht, möchte ich hier noch einmal deutlich machen, dass der Pflegedienst diese Protokolle nicht lückenlos führen kann, weil er nicht 24 Stunden am Tag bei den Pflegebedürftigen ist. Von daher ist es aus meiner Sicht wichtig, dass dieser Punkt noch konkretisiert wird.

Darüber hinaus möchte ich aus pflegfachlicher Sicht noch sagen: Wir reden im Moment in der Pflege von „Kategorie“ und „Stadium“ und nicht mehr von „Grad“. Sie haben die Verwendung zwar damit begründet, dass das ein gängiger Begriff ist. Ich würde aber sagen: Da wir diese Begrifflichkeiten sowohl in die Maßstäbe und Grundsätze als auch in die Qualitätsprüfrichtlinie aufgenommen haben, sollte man sie auch hier verwenden. Der Begriff „Grad“ ist einfach obsolet. – Danke.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann übergebe ich an Frau Fix.

Frau Fix (Caritas): Auch ich möchte mich ausdrücklich den Ausführungen meiner Vorrednerinnen anschließen, insbesondere den sehr wichtigen Vorbemerkungen von Frau Stempfle. Zwei Ergänzungen: In § 3 Absatz 4 der Richtlinie ist von Erfordernissen für eine Genehmigung die Rede. Da dies auch in § 6 der Richtlinie ausführlich dargestellt wird und die HKP sowieso genehmigungspflichtig ist, ist dieser Punkt entbehrlich. Dann möchte ich noch auf die Nummer 31a der Leistungsbeschreibung eingehen. Hier sind drei sehr wichtige Ergänzungen vorgenommen worden, nämlich erstens Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen, zweitens zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung, Bewegungsförderung, krankheitsbezogene Lebensführung, und drittens Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen. Das sind alles sehr wichtige Punkte, die wir nachdrücklich unterstützen und die unbedingt in das Leistungsverzeichnis aufgenommen werden sollten. In Bezug auf Modul 5 des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist noch anzumerken, dass diese Leistungen natürlich auch vergütet werden müssen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Fix. – Dann würde ich Herrn Hamann noch die Möglichkeit zur Stellungnahme geben wollen.

Herr Hamann (VDAB): Auch ich möchte mich meinen Vorrednerinnen anschließen. Ich möchte nur eine kleine Sache zu Nummer 31a des Leistungsverzeichnisses anmerken: Hier heißt es sinngemäß, dass die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen speziellen Versorgungsbedarfes immer auf Basis der Verordnung und durch den von dem Versicherten oder der Versicherten gewählten Leistungserbringer erfolgt. Es ist also die Wahlfreiheit des Versicherten zu gewährleisten.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann würde ich die Runde eröffnen wollen für Fragen seitens der Bänke. Kommentare? – Frau Dr. Verspohl.

PatV: Sie haben in Ihren Stellungnahmen übereinstimmend die Trennung in Leistungsziffer 31b und 31c, die wir vorschlagen, abgelehnt. Unsere Idee dahinter war, für Klarheit bei der Frage zu sorgen: Wer entscheidet, wer ins Wundzentrum geht und wer vom ambulanten Pflegedienst versorgt wird? Denn es geht ja nicht nur um den Qualitätsstandard bei der Wundversorgung. Vielmehr öffnen wir mit der Änderung der HKP-Richtlinie diesen Bereich erstmals für Leistungserbringer außerhalb der häuslichen Krankenpflege. Das ist für die Patienten auch mit einigen Risiken verbunden. Es ist natürlich schwierig, das zu regeln. Wenn beispielsweise der Krankentransport nicht automatisch Teil der Leistung ist, müssen Sie sich, wenn Sie in ein Wundzentrum wollen, fragen, wie Sie dorthin kommen. Insofern ist es für uns wichtig, zu klären, wer diese Entscheidung trifft. Wenn Sie mit unserem Vorschlag nicht mitgehen: Wer wird Ihrer Meinung nach die Entscheidung treffen, welche Patienten im Wundzentrum und welche Patienten von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden?

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Wer möchte antworten? Sie haben sich diesbezüglich ja alle einheitlich geäußert. – Frau Pohl.

Frau Pohl (AWO): Aus unserer Sicht hat diese Entscheidung der Hausarzt bzw. der verordnende Arzt zu treffen. Aber natürlich wird diese Entscheidung auch durch die Gegebenheiten vor Ort beeinflusst. Mit der Tatsache, dass die Leistung auch woanders stattfinden kann, geht ja die Öffnung für andere Leistungserbringer einher. Es ist ein wenig kompliziert, weil hier viele verschiedene Sachen geregelt sind. Der Vorschlag, der uns übermittelt wurde, beinhaltet ja, dass die Pflegedienste eine Zusatzqualifikation nachweisen müssen. Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass man bei der Beantwortung der Frage, ob diese Voraussetzung erfüllt ist, die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen muss. Wir sind als AWO Bundesverband davon überzeugt, dass nicht immer eine spezifische Qualifikation vorliegen muss, weil aus unserer Sicht Pflegefachkräfte durch ihre grundständige Ausbildung befähigt sind, chronische und schwer heilende Wunden zu versorgen. Das heißt nicht, dass das ohne eine Verordnung oder die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder ohne die Zusammenarbeit mit Wundmanagern durchgeführt werden soll. Der Arzt bringt die Fachkompetenz mit und gibt Anleitung; aber für die Durchführung der Versorgung ist die Qualifikation, die bei den ambulanten Diensten vorliegt, erst einmal ausreichend.

Zu Ihrer Frage, wer das entscheidet: Aus unserer Sicht ist das eine Entscheidung des behandelnden Arztes zusammen mit dem Patienten.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Beantwortet das Ihre Frage?

PatV: Ja, das beantwortet unsere Frage. Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Weitere Fragen, Kommentare?

PatV: Es geht hier ja häufig um Personen, die schon von einem Pflegedienst versorgt werden. Häufig handelt es sich dabei um einen Pflegedienst aus dem Bereich des SGB XI. Jetzt ist unsere Frage: Wenn die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst erbracht werden muss bzw. erbracht wird, was geschieht dann Ihrer Meinung nach mit dem Pflegedienst, der bisher die Versorgung übernommen hat? Wenn der Pflegedienst, der aus dem Bereich des SGB XI kommt, die entsprechende Qualifikation nicht hat, würden dann zwei Pflegedienste parallel arbeiten, oder würde es bei Verträgen im Bereich des SGB XI ein Sonderkündigungsrecht geben? Haben sie dazu Vorstellungen?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Stempfle.

Frau Stempfle (Diakonie): Ja, wir haben dazu Vorstellungen.

Der erste Punkt ist: Die Problematik der Pflegedienste im Bereich des SGB XI ist kein bundesweites, sondern ein spezielles Berliner Thema. Das hat etwas mit der Struktur vor Ort zu tun.

Der zweite Punkt ist – Frau Pohl hatte das schon ausgeführt –: Wir denken, dass die Wundversorgung eine genuine Fachkraftaufgabe ist. Wir müssen sehen, ob wir in § 132a Absatz 1 noch Anforderungen für die Versorgung von speziellen Wunden definieren. Der Patient muss zusammen mit dem Pflegedienst entscheiden, wer die Wundversorgung übernimmt. Wenn ein Pflegedienst aus dem Bereich des SGB XI kommt, dann kann er die Wundversorgung natürlich nicht übernehmen. In diesem Fall muss unserer Ansicht nach eine Lösung vor Ort gesucht werden. Das hängt aber von verschiedenen Dingen ab, zum Beispiel vom Umfang der Wundversorgung oder von der Art der Wunde. Hier muss es eine Wahlmöglichkeit des Patienten geben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ist die Frage beantwortet? – Wunderbar. Weitere Nachfragen, Kommentare? – Patientenvertretung.

PatV: Die nächste Frage ist eine ganz praktische und zielt noch einmal auf die Problematik der Verordnung und Genehmigung in § 3 der HKP-Richtlinie – Frau Fix hatte das ja schon angesprochen –: Wenn die Genehmigung von der Verordnung abweicht, was passiert dann in der Praxis? Führt das automatisch zu einem Privatvertrag?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Wer möchte darauf antworten? – Frau Fix.

Frau Fix (Caritas): Das würde zu einem Privatvertrag führen; denn die Genehmigung ist sozusagen die Voraussetzung für die Vergütung einer Leistung. Sollte ein Widerspruch des Patienten nicht erfolgreich sein und die Leistung dennoch erbracht werden, müsste ein Privatvertrag nach BGB geschlossen werden.

PatV: Darf ich gleich die nächste Frage stellen?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Bitte.

PatV: Es geht noch einmal um die letzte Leistungsziffer, konkret die Kompressionsverbände. Können Sie noch einmal schildern, warum fehlende Adhärenz ein Grund sein sollte, um anstelle von Kompressionsstrümpfen Kompressionsverbände zu verordnen und dann auch anzulegen? In mehreren Stellungnahmen stand – ich weiß nicht mehr genau, in welchen –, dass das ein Verordnungsgrund sein sollte.

Frau Stenzel-Maubach (DBfK): Wir haben das nicht in unserer Stellungnahme aufgeführt, aber ich kann es aus der Praxis erläutern. Es gibt Patienten, die zum Teil sehr adipös sind. Für diese Patienten gibt es keine passenden Kompressionsstrümpfe. Dort muss man dann Kompressionsverbände anlegen. Generell werden Verbände eher toleriert als Strümpfe, wobei Strümpfe natürlich vorzuziehen sind, weil der Druck ein ganz anderer ist. Aber wenn Strümpfe nicht toleriert werden, muss man gegebenenfalls andere Wege wählen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Fix.

Frau Fix (Caritas): Noch eine kurze Ergänzung aus pflegefachlicher Sicht: Diese Verbände werden in der Regel nicht für zwei Wochen angelegt, sondern für einen längeren Zeitraum von bis zu sechs Wochen. Wir haben diesen Änderungsvorschlag unterstützt, aber mit der Maßgabe, dass sechs statt zwei Wochen verordnungsfähig sein sollen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – KBV.

KBV: Eine Frage an alle in Bezug auf den Beschlussentwurf und das Leistungsverzeichnis: Die Tatsache, dass die Patienten Anleitung zur Durchführung von krankheitsspezifischen und wundspezifischen Maßnahmen und im Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen erhalten sollen, wird von uns als wesentliche Verbesserung der Wundversorgung angesehen. Für wie relevant erachten Sie diese Maßnahmen, also die Anleitung durch die Pflegedienste, für die Wundheilung, und gibt es Ihrer Meinung nach Gründe, die gegen eine solche Anleitung durch die Pflegedienste sprechen?

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Wer möchte antworten? – Frau Stempfle.

Frau Stempfle (Diakonie): Wir haben diese beiden Maßnahmen als Diakonie Deutschland ausdrücklich befürwortet. Das muss ins Leistungsverzeichnis aufgenommen werden. Aus meiner Sicht gibt es – außer möglicherweise fehlender Akzeptanz beim Patienten – keine Gründe, die gegen eine Anleitung durch die Pflegedienste sprechen. Ich denke, die Pflegefachkräfte haben die fachliche Kompetenz, und wir halten das auch für ein zentrales Element. Deshalb ist es wichtig, dass die Anleitung Bestandteil der Leistungsbeschreibung ist und dass das entsprechend vergütungsrechtlich hinterlegt wird.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Danke. – Frau Fix.

Frau Fix (Caritas): Ich kann mich Frau Stempfle nur anschließen. Ich hatte vorhin schon hervorgehoben, dass wir es für sehr wichtig halten, dass diese Anleitung stattfindet. Druckentlastung und Bewegungsförderung sind hier zwei wesentliche Elemente. Dieses Element der Anleitung entspricht ja auch dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Insofern sagen wir: Die Aufnahme aller Leistungen, die der pflegefachlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dienen – dazu zählen Anleitung und Edukation –, in die HKP-

Richtlinie wird von uns besonders unterstützt. Es gibt aus meiner Sicht keine Gründe, die dagegen sprechen könnten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frage beantwortet? – Gut. Gibt es weitere Fragen? – Wir haben das in der gestrigen Vorbesprechung ausführlich diskutiert. Es gibt ja einen gewissen Dissens hinsichtlich der Frage, ob eine Inaugenscheinnahme durch den behandelnden Arzt erforderlich ist. Mich würde Ihre Position dazu interessieren. Man kann sich ja vorstellen, dass es manchmal mit den Hausbesuchen schwierig ist und dass das die Sache erleichtern würde. – KBV.

KBV: Wenn ich zu dieser Frage gleich noch etwas ergänzen dürfte: Aus der Praxis liegen uns Informationen vor, dass das durchaus so gehandhabt wird und dass das nicht ganz so abwegig ist, wie es nach Ihren Stellungnahmen erscheint. Vielleicht haben Sie noch einmal darüber nachgedacht. Entscheidend wäre für uns nur die Frage, wie und in welcher Form dieser Austausch erfolgen kann. Genau da sehen wir noch Verbesserungspotenzial. Eine Möglichkeit, um die Wundversorgung zu verbessern, wäre der Austausch einer Kopie der Pflegedokumentation. Für den seltenen Fall, dass der Arzt nicht ins Haus kommen kann, sollte es eine Kopie geben, damit die Dokumentation nicht tagelang außerhalb der Häuslichkeit unterwegs ist. Wie könnte aus Ihrer Sicht der Austausch erfolgen und in welcher Form?

Frau Pohl (AWO): Um eben die Wunde insgesamt beurteilen zu können, sehen wir es als erforderlich an, dass eine Inaugenscheinnahme durch den Arzt erfolgt. Eine Wunde lässt sich nicht ausschließlich über Zentimetermaß und Beschreibung erfassen. Auch die Kopie einer Fotodokumentation sagt nichts aus, zumal die Fotodokumentation an sich nur ein ergänzendes Mittel ist. Wenn die Informationsweitergabe ausschließlich über Kopien erfolgt, sehen wir zudem die Gefahr, dass das weitere Behandlungsgeschehen nur davon bestimmt wird und bei Vorliegen einer Immobilität des Patienten irgendwann vielleicht überhaupt keine Inaugenscheinnahme mehr stattfindet. Von daher ist eine Inaugenscheinnahme dringend erforderlich, um eine gute und qualitätsgesicherte Behandlung sicherzustellen. Der Arzt muss die Wunde beurteilen, den Geruch, die Tiefe, den Grad des Dekubitus persönlich wahrnehmen, bevor er neue Behandlungsentscheidungen trifft.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Erst Frau Stempfle und dann Frau Stenzel-Maubach.

Frau Stempfle (Diakonie): Prinzipiell ist es durchaus denkbar, dass im Bereich der HKP irgendwelche Detailwerte an die Ärzte übermittelt werden und dann entschieden wird, ob eine Verordnung verlängert wird oder nicht. Wir sehen aber folgendes Problem: Es geht hier um eine chronische und schwer heilende Wunde. Im Augenblick haben die Ärzte die Kompetenz, die Inhalte der Verordnung zu bestimmen; das habe ich zu Beginn ausgeführt. Eine Lösung würden wir darin sehen, dass es so etwas wie eine Schwesternanordnung gibt. Wir sollten das System weiterentwickeln, indem wir § 63 Absatz 3b oder § 63 Absatz 3c in die Regelversorgung überführen. Dann hätte die Pflegefachkraft die Verantwortung, das inhaltlich auszugestalten. Das würde den Ärzten dann den Hausbesuch ersparen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Stenzel-Maubach.

Frau Stenzel-Maubach (DBfK): Ich stimme Frau Stempfle hundertprozentig zu. Ich kann aus der Praxis berichten, dass die Pflegefachkräfte trotz ihrer Kompetenz Schwierigkeiten haben, neue Anordnungen zu bekommen. Sie scheitern, obwohl sie sagen: Hier muss unbedingt eine moderne Wundversorgung stattfinden. – Ich denke, die Ärzte oder Ärztinnen müssten eine Wunde wirklich vor Ort sehen und, ich sage mal, auch riechen, um dann eine entsprechende Anordnung treffen zu können. Man kann eine Wunde zwar beschreiben; aber es ist etwas anderes, wenn man eine Wunde in natura sieht.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die klare Positionierung. – Weitere Fragen? – Wenn das nicht der Fall ist und Ihrerseits kein Ergänzungsbedarf besteht, dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie hierhergekommen sind. Danke für die präzisen Antworten. Gute Heimreise!

Schluss der Anhörung: 11:02 Uhr

C Bürokratiekostenermittlung

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Der vorliegende Beschluss beinhaltet Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bezüglich der Wundversorgung.

Auf eine Ausweisung der Bürokratiekosten wurde verzichtet, vgl. Kapitel A-4 (Tragende Gründe).