



Anlage

zur Zusammenfassenden Dokumentation:

**Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden
Wunden**

Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen

Volltexte schriftliche Stellungnahmen

Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie (HKP-RL): Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Stand: 30. Januar 2019

Organisation	Eingang
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	28.01.2019
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
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



**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)	
28.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu § 1 Abs. 3 neu	<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>Zu § 3 Abs. 4 (neu) Dieser Absatz ist zu streichen</p> <p>Alternativ: Abs. 4 (neu) 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>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> <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 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 die ärztliche Anordnung gebunden. Die Genehmigung durch den Kostenträger hat im Bereich der häuslichen Krankenpflege keine anspruchsbegründende Wirkung für die Leistungserbringung,</p>



Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)	
28.01.2019	
	<p>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 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>
<p>Zu § 7 Abs. 2 (neu)</p> <p>Zu Abs. 4 (neu) (Vorschlag) der KBV, PatV, DKG</p>	<p>Keine Einwände</p> <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 Übersendung 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 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>



Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)	
28.01.2019	
<p>Zu Nr. 31 des Leistungskataloges</p> <p>Unter „Bemerkung“</p> <p>....Durch den Pflegedienst ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) 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>Unter dem Punkt „Bemerkung“ wird u.a. darauf hingewiesen, dass durch den Pflegedienst eine Wunddokumentation 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.</p> <p>Dies müsste aus unserer Sicht erst einmal zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geregelt werden. Ferner erfordert eine Fotodokumentation 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>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

AWO Bundesverband e.V.	
28.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§1 Absatz 3 neu:</p> <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 der Häuslichkeit erfolgen kann.</p>
<p>§3 Absatz 4 neu:</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 an die Verordnung <u>und die Genehmigung</u> gebunden.</p>	<p>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>

AWO Bundesverband e.V.	
28.01.2019	
<p>§7 Absatz 2</p> <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 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>§7 Absatz 4</p> <p>Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.</p>	<p>Mit der Ergänzung</p> <p>„... 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>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) 5 - 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 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 kein Wundversorgung gem. Ziffer 31a.</p>

AWO Bundesverband e.V.	
28.01.2019	
<p>Bemerkungen Satz 7:</p> <p>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>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.</p> <p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p>	<p>Änderungsbedarf wird bei Wundschnellverbänden (Heftpflaster, Sprühverband) gesehen.</p> <p>Sofern eine Versorgung einer Wunde mit Wundschnellverbänden laut ärztlicher Verordnung erfolgen soll, ist diese Versorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege anzuerkennen.</p> <p>Es wird empfohlen, den Satz zu den Wundschnellverbänden 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>Leistungsverzeichnis Nr. 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“</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>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 „<i>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst</i>“ und 31b „<i>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung</i>“ vorgeschlagen wird, lehnen wir ab.</p> <p>Absatz 6 der Bemerkung ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes 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>

AWO Bundesverband e.V.	
28.01.2019	
<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 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>Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV</p> <p>„An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV</p> <p>Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“</p> <p>wird unterstützt.</p>	
<p>Die Ergänzung und Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr.</p>	<p>Gilchristverbände, Gipsschienen 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</p>



AWO Bundesverband e.V.	
28.01.2019	
<p>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>maximale Verordnungsmöglichkeit von bis zu 2 Wochen entspricht weder der medizinischen Notwendigkeit noch der Wirtschaftlichkeit.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Verordnung von Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für
behinderte Menschen**

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
24.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Die Änderung von § 3 – hier: die Einfügung eines neuen Absatz 4 („<i>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.</i>“) – 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 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 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 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>

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

24.01.2019

Auch die Regelung in Absatz 4 Satz 2 n.F. ist je nach Einzelfall widersprüchlich und in jedem Fall entbehrlich.

Zunächst muss festgehalten werden, dass die Bindung von gewerblichen 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.

Widersprüchlich ist die Regelung von ihrem Wortlaut zudem in all jenen (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 Leistungserbringer nur an die Verordnung oder die Genehmigung gebunden sein, nicht jedoch an beides.

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.

(Haftungs-)rechtlich 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.

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. Grundsätzlich ist ab dem Zeitpunkt der Entscheidung über die Verordnung ausschließlich die Genehmigung bzw. die Ablehnung der Genehmigung maßgeblich. Die ärztliche Verordnung 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

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

24.01.2019

	insofern inhaltlich unzutreffende Aussage.
Die Änderung von § 7 – hier: die Einfügung eines neuen Absatz 2 („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.“) – 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 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> <p>Zum Vorschlag von KBV, PatV und DKG ist ergänzend zu bemerken, dass die HKP-Richtlinien ausdrücklich die Verpflichtung 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>
Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der HKP (Leistungsverzeichnis) ist der Terminus „Dekubitus Grad“ stets durch die „Dekubitus	Bei einem Dekubitus entspricht die pflegefachliche Einteilung in „Kategorien“ heute der gängigen, dem aktuellen Stand des Wissens entsprechenden Fachsprache.

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

24.01.2019

Kategorie“ zu ersetzen.

Zu Nr. 12 des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:

„Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen durch Anleitung (Nr. 7) dazu befähigt werden, soweit möglich die Lagerung selbstständig übernehmen zu können.“

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 Nr. 7) regeln das berechnigte Interesse, pflegende Angehörige zur Übernahme von Leistungen der HKP zu qualifizieren, in ausreichendem Maße.

Eine nochmalige Aufnahme dieser Zielsetzung impliziert fälschlich

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 Bemerkungen aufgeführt wird, nicht angestrebt werde.

Zu Nr. 12 des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:

„Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).“

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.

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.

Ferner impliziert der Wortlaut des Entwurfs an dieser Stelle fälschlich, dass bei Nichtvorliegen bestimmter Dokumentationsbestandteile die ärztliche Verordnung nicht

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

24.01.2019

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.

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.

Zu Nr. 12 des Leistungsverzeichnisses:
In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:
„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 Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage. Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen. 4 ist, ggf. angepasst werden muss und~~ unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.“

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, 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.

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. Einer nochmaligen Aufführung 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.

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

24.01.2019

	<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 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-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>
<p>Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses: Unter „Leistungsbeschreibung“ ist folgender Passus zu streichen: <i>„In Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ...“</i></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 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 Art von „Formalien“ sind, die Betroffenen in der Praxis bei der Einholung von Genehmigungen für HKP-Verordnungen Probleme bereiten.</p>
<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses:</p>	<p>HKP-Leistungen sind ärztlich delegierte Leistungen. Wenn ein professioneller Leistungserbringer die HKP-Leistung erbringt, dann geschieht dies immer auf Grundlage der ärztlichen</p>

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

24.01.2019

Unter
„Leistungsbeschreibung“ ist
folgender Passus zu
streichen:
*„In Abstimmung mit der
behandelnden Ärztin oder
dem behandelnden Arzt ...“*

Anordnung. Diese Anordnungskompetenz besteht nicht nur im Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung, sondern aufgrund des Delegationscharakters während dem gesamten Versorgungszeitraum. Die in diesem Zusammenhang dezidiert geregelten Kommunikationspflichten zwischen Pflegedienst und Arzt stellen dies in der Praxis sicher.

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.

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.

Zu Nr. 31b des
Leistungsverzeichnisses:
Unter
„Leistungsbeschreibung“ ist
folgender Passus zu
streichen:
*„In Abstimmung mit der
behandelnden Ärztin oder
dem behandelnden Arzt ...“*

HKP-Leistungen sind ärztlich delegierte Leistungen. Wenn ein professioneller Leistungserbringer die HKP-Leistung erbringt, dann geschieht dies immer auf Grundlage der ärztlichen Anordnung. Diese Anordnungskompetenz besteht nicht nur im Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung, sondern aufgrund des Delegationscharakters während dem gesamten Versorgungszeitraum. Die in diesem Zusammenhang dezidiert geregelten Kommunikationspflichten zwischen Pflegedienst und Arzt stellen dies in der Praxis sicher.

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.

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.

Zu Nr. 31 des
Leistungsverzeichnisses:

Der Begriff „voraussichtlich ... komplikationslos“ impliziert fälschlich, dass HKP-Verordnungen nur ausgestellt werden

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

24.01.2019

Unter „Bemerkung“ ist in Satz 2 das Wort „*komplikationslos*“ zu streichen.

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.

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.

Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ sind in Satz 3 die Ziele („*Wundheilung*“) zu ergänzen um die Worte „*Komplikationsvermeidung und Symptomlinderung*“.

Der Entwurf sieht vor, lediglich das primäre Ziel der Leistung nach Ziffer 31 zu benennen. Aufgrund der erheblichen praktischen Bedeutung der genannten sekundären Ziele für die betroffenen Versicherten sind diese ebenfalls mit aufzuführen.

Zu Nr. 12 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 sowie die Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, ggf. angepasst werden~~

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, 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

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

24.01.2019

~~muss und~~ unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.“

Probleme bereiten.

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. Einer 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.

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 für medizinisch notwendige HKP-Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, unnötig erschwert.

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-Verordnung bereits immanent ist, dass die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt die ambulante Leistungserbringung nicht nur für möglich, sondern sogar für geboten hält.

Zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses:
In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:
„Durch den Pflegedienst sind eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen,

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.

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

24.01.2019

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.“

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.

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, 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.

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.

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.

Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses:

Der Entwurf sieht vor, lediglich das primäre Ziel der Leistung nach Ziffer 31a zu benennen. Aufgrund der erheblichen

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

24.01.2019

Unter „Bemerkung“ sind in Satz 4 die Ziele („Wundheilung“) zu ergänzen um die Worte „Komplikationsvermeidung und Symptomlinderung“.

praktischen Bedeutung der genannten sekundären Ziele für die betroffenen Versicherten sind diese ebenfalls mit aufzuführen.

Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses:
In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:
„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. 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).“

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. 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.

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.

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass das freie 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

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

24.01.2019

	der Wundversorgung hinzuweisen.
<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen: <i>„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.“</i></p>	<p>Es ist rechtlich unzulässig, die Wundversorgung nach Ziffer 31a auf spezialisierte 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) Bedingungen für einen idealen Wundheilungsverlauf vorhält. Das durch das Grundrecht geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht (vgl. Artikel 2 Absatz 1 GG) geht der Regelung des Entwurfstexts 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 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>
<p>Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist</p>	<p>Die Bezugnahme auf bestimmte Dokumentationsbestandteile impliziert fälschlich, dass bei Nichtvorliegen solcher Dokumentationsbestandteile bzw. bei Defiziten in der</p>

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

24.01.2019

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.“

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, 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.

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. Einer 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.

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 für medizinisch notwendige HKP-Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, unnötig erschwert.

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-Verordnung bereits immanent ist, dass die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt die ambulante Leistungserbringung nicht nur für möglich,

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

24.01.2019

sondern sogar für geboten hält.

Zu Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:
„Durch den Leistungserbringer [PatV: Pflegedienst] ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebearbeit, 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.“

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.

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.

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, 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.

Hinzu kommt, dass die nochmalige Aufführung der Kommunikationspflichten im Leistungsverzeichnis fälschlich

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
24.01.2019	
	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.
Zu Nr. 31b [PatV zusätzlich] des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ sind in Satz 4 die Ziele („Wundheilung“) zu ergänzen um die Worte „Komplikationsvermeidung und Symptomlinderung“.	Der Entwurf sieht vor, lediglich das primäre Ziel der Leistung nach Ziffer 31 zu benennen. Aufgrund der erheblichen praktischen Bedeutung der genannten sekundären Ziele für die betroffenen Versicherten sind diese ebenfalls mit aufzuführen.
Zu Nr. 31b [PatV zusätzlich] des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen: <i>„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. 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).“</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. 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. 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. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass das freie Wahlrecht von Versicherten, ihren Pflegedienst frei zu wählen, nicht einzuschränken ist. Dies ist zum einen der Fall, um die

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

24.01.2019

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.

Zu Nr. 31b [PatV zusätzlich] des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:

„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).

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.

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

Es ist rechtlich unzulässig, die Wundversorgung nach Ziffer 31a auf spezialisierte Pflegedienste zu beschränken bzw. den rechtlichen Anspruch des Versicherten auszuschließen, sofern sein Pflegedienst keine Spezialisierung aufweist.

Dies widerspricht insbesondere regelmäßig auch den Vereinbarungen nach § 132a SGB V, die den Pflegediensten auch ohne Spezialisierung das Recht der Leistungserbringung einräumen.

Auf das grundgesetzlich geschützte Recht der Versicherten, ihren Pflegedienst frei wählen zu dürfen, wird ergänzend ausdrücklich hingewiesen.

Der gesetzliche Anspruch auf HKP-Leistungen besteht zudem auch dann, 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 der Regelung des Entwurfstexts insofern vor.

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.

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

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

24.01.2019

Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen.“

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.

Zu Nr. 31b [PatV zusätzlich] 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.“

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, 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.

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. Einer 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.

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 für medizinisch notwendige HKP-Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, unnötig erschwert.

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

24.01.2019

	<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>
<p>Zu Nr. 31b [PatV zusätzlich] des Leistungsverzeichnisses: In den Bemerkungen ist folgender Passus zu streichen:</p> <p><i>„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.“</i></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 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 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>

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

24.01.2019

	<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>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>
<p>Zu Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 1 das Ziel „Wundheilung“ zu ergänzen um die einschränkenden Worte „sofern eine Wunde vorliegt“</p>	<p>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.</p>
<p>Zu Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 5 vor der Aufzählung durch Spiegelstriche das Wort „nur“ durch das Wort „insbesondere“ 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 hiernach 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>Zu Nr. 31b [PatV 31d] des Leistungsverzeichnisses: Unter „Bemerkung“ ist in Satz 1 vor der Aufzählung durch Spiegelstriche das Wort „nur“ durch das Wort „insbesondere“ 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 hiernach 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>



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

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

Berlin, 28.01.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.12.2018 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Änderung der HKP-RL gemäß § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V) bezüglich der Versorgung von chronisch und schwer heilenden Wunden aufgefordert.

Hintergrund der Änderung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18.05.2017 die Einleitung des Beratungsverfahrens "Prüfung einer Ergänzung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie bezüglich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden" beschlossen und damit den Unterausschuss "Veranlasste Leistungen" beauftragt. Nach § 37 Abs. 7 Satz 1 SGB V soll der G-BA in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden regeln. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann demnach auch in entsprechend spezialisierten Einrichtungen erfolgen. Mit der Öffnung des Leistungsortes soll es entsprechenden Einrichtungen, die auf die pflegerische Versorgung von chronischen Wunden spezialisiert sind, ermöglicht werden, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Bereich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in den Einrichtungen zu erbringen.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

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.

Nicht hinreichend benannt sind die Voraussetzungen spezialisierter Einrichtungen, die die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durchführen. Die Bundesärztekammer spricht sich aus diesem Grund dafür aus, dass die Versorgung von chronischen Wunden vorrangig durch häusliche Krankenpflege erfolgen sollte.

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.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
28.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 7 Abs. 2 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>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, 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. 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>
<p>§ 7 Abs. 4 GKV-SV 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 Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen oder sich die Pflegedokumentation bei</p>	<p>Bereits jetzt sollte Berücksichtigung finden, dass der 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>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>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
28.01.2019	
<p>Bedarf vom Pflegedienst anfordern, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.</p>	
<p>N.12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung Bemerkungen [...] Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen) [...]</p>	<p>Das Führen eines Lagerungsprotokolls oder Bewegungsplans mit dem Ziel die Positionswechsel zu dokumentieren, ist in der häuslichen Krankenpflege nicht zielführend durchführbar. Der Pflegedienst erbringt im Rahmen der ihm übertragenen häuslichen Krankenpflege die verordnete Leistung. Die Lagerung oder Bewegungsübungen sind keine verordnungsfähigen Behandlungspflegeleistungen und erfordern, wie die Dokumentation des Positionswechsels, die durchgängige Anwesenheit des Pflegedienstes. Andernfalls kann er weder eine 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 und der zuvor aufgeführten Problematik der Dokumentation, vergütungsrelevant.</p>
<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>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>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
28.01.2019	
<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 schwer heilenden Wunden“.</p>
<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.</p> <p>Eine derartige Verpflichtung könnte zudem dazu 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>
<p>Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilbaren Wunde Bemerkungen [...] Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste</p>	<p>Das Erfordernis eines engen Informationsaustauschs und enger Abstimmungen aller an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer 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</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
28.01.2019	
<p>erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen. [...]</p>	<p>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.</p>
<p>Nr. 31b [PATV] Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung 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>	<p>Hier gelten die Ausführungen unter Nr. 31a entsprechend.</p>
<p>Nr. 31 c An- und Ablegen von stützenden und</p>	

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
28.01.2019	
<p>stabilisierenden Verbänden Bemerkungen 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 - 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>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 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>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Deutscher Caritasverband e.V.	
28. Januar 2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<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>„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>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 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> <p>. berücksichtigen.</p>
<p>§3 Absatz 4 neu: „Jede Maßnahme der</p>	<p>Die Genehmigung der Häuslichen Krankenpflege ist umfassend in § 6 <i>Genehmigung häuslicher Krankenpflege</i></p>

Deutscher Caritasverband e.V.

28. Januar 2019

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.

geregelt. Einer Ergänzung des § 3 zur Genehmigung bedarf es deshalb nicht.

§7 Absatz 2:
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: 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.
Alternativ kann auch der Einschub „insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen werden.

§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.“

Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird von uns abgelehnt.

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.

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.

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.

Dem behandelnden Arzt/der Ärztin eine Kopie der

Deutscher Caritasverband e.V.	
28. Januar 2019	
	<p>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>
<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“: „Ein Lagerungsprotokoll oder Bewegungsplan über die Positionswechsel ist durch den Pflegedienst zu führen (Zeiten, Lagerungspositionen).“ und schlagen statt dessen die Formulierung: „Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Pflegedokumentation festzuhalten.“ 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. 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 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. Ggf. durchgeführte Positionswechsel durch Angehörige oder andere an der Versorgung beteiligte Personen können nicht Bestandteil der Dokumentation sein. 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 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.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31a „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer heilenden Wunde“</p> <p>Hinsichtlich der Überschrift</p>	

Deutscher Caritasverband e.V.

28. Januar 2019

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 heilenden Wunde durch einen spezialisierten Pflegedienst“ und 31b „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer heilenden Wunde durch eine spezialisierte Einrichtung“ wird von uns abgelehnt.

Absatz 6 „Bemerkungen“ ist zu streichen

Die Ergänzungen der Leistungsbeschreibung werden befürwortet:

- 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

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.

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.

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, dass Anleitungen und Beratungen im Rahmen der Verhandlungen der Vergütungen auf Landesebene angemessen zu berücksichtigen bzw. zu refinanzieren sind.

Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV

Deutscher Caritasverband e.V.

28. Januar 2019

„An- oder Ausziehen von
ärztlich verordneten
Kompressionsstrümpfen/
strumpfhosen der
Kompressionsklassen I bis IV

Anlegen oder Abnehmen
eines
Kompressionsverbandes“

werden von uns unterstützt.

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.

Aus Sicht des Deutschen
Caritasverbandes ist jedoch
eine Änderung der Dauer und
Häufigkeit erforderlich:

„Dauer und Häufigkeit der
Maßnahme:

Bis zu ~~2~~ 6 Wochen, jeweils 1x
täglich“

Gilchristverbände, Gipsschienen 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.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	
25. Januar 2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Der DBfK schließt sich den Ausführungen der PatV an.	Die Öffnungsklausel für spezialisierte Einrichtungen (Wundzentren) muss so gestaltet werden, dass ausschließlich der Wunsch 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.
§ 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.“	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 Pflegedienste durch eine eindeutige Formulierung im § 3 unterstützt werden.
§ 7 Der DBfK schließt sich den Ausführungen des GKV-SV an.	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. die Behandlung anpassen. Die Vorlage der Dokumentation kann eine Inaugenscheinnahme nicht ersetzen.
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.
Nr. 12 Lagerungsprotokoll/ Bewegungsplan Dem Pflegedienst ist es nicht möglich einen Lagerungs-/ Bewegungsprotokoll über 24h zu führen. Der DBfK regt	Der Pflegedienst kann ausschließlich die Lagerung dokumentieren, die er bei seinem Hausbesuch durchführt. Anders als in der stationären Pflege führen häufig Angehörige/Bezugspersonen einen Großteil der Lagerungen/Bewegungen über den Tag verteilt durch. Der Pflegedienst hat somit keinen Einfluss auf die korrekte

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	
25. Januar 2019	
<p>folgende Formulierung an: „Der Pflegedienst berät zur Notwendigkeit der Druckentlastung und informiert die Patientin/den Patienten sowie die Angehörigen/Bezugspersonen über die Vorteile einer systematischen Dokumentation.“</p>	<p>Einhaltung und Dokumentation der notwendigen Lagerungen/Bewegungen.</p>
<p>Grundsätzliches zum Lagerungsprotokoll und Bewegungsplan Der DBfK regt an die Terminologie „Lagerungs-/ Bewegungsplan“ sowie „Lagerungs-/ Bewegungsprotokoll“ zu verwenden.</p>	<p>Die Begriffe sind aus pflegfachlicher Sicht zu konkretisieren. Im Bewegungs- und Lagerungsplan werden die Bewegung/ Lagerung geplant - im Bewegungs-/ Lagerungsprotokoll wird die Durchführung protokolliert.</p>
<p>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“</p>	<p>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 Reemonstrationspflicht 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. 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>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</p>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	
25. Januar 2019	
	Fachexperte zur Verfügung steht – allerdings unter dem Vorbehalt, dass sowohl die Weiterbildung als auch der Einsatz entsprechend refinanziert werden.
Nr. 31a Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen 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 zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen von Patienten/Angehörigen/ Bezugspersonen als notwendig und sinnvoll an – allerdings unter dem Vorbehalt, dass die Leistung entsprechend refinanziert wird.
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.
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 Schmerzen, Wundgeruch und Kompression als notwendig und sinnvoll an – allerdings unter dem Vorbehalt, dass die Leistung entsprechend refinanziert wird.
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 Leistungsbewilligung auszuschließen, ist aus unserer Sicht die Fotodokumentation in der Leistungsbeschreibung zu streichen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	
25. Januar 2019	
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.	Im Sinne des Bürokratieabbaus sollte die Möglichkeit, eine Langzeitverordnung auszustellen, geschaffen werden.
Nr. 31b Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbands 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 auszuziehen, wenn der Kompressionsdruck unerträglich wird. Uns sind Beispiel bekannt, in denen in einer solchen Situation die Strümpfe von den Patientinnen/Patienten selbst zerschnitten wurden, um sich Erleichterung zu verschaffen.
Nr. 31c An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden Aus Sicht des DBfK ist es notwendig die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit anzupassen.	Gilchristverbände, Gipsschienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der Regel bis zu sechs Wochen angelegt werden. Von daher sollte die Verordnungsdauer nicht auf zwei Wochen limitiert werden.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	
24.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<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>Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung. Die Intervention zum Positionswechsel bei palliativem Behandlungsziel und/oder in der Sterbephase des Patienten kann leidlindernde und/oder lebensqualität- 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. Dieser Entscheidungsprozess ist Bestandteil dieser Leistung. Auch ist unter o.g. Umständen zu berücksichtigen, dass eine Dekubitusentstehung bzw. eine Verschlechterung nicht immer zu verhindern ist. Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen in diesen speziellen Situationen spezifisch zu situativen Entscheidungseinschätzungen befähigt werden.</p>
<p>Zu Nr 31. Wundversorgung einer akuten Wunde / Bemerkung:</p> <p>Die Leistung ist ordnungsfähig, 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.</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 und/oder Förderung der Lebensqualität und/oder Autonomie.</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. Auch ist unter diesen Umständen zu berücksichtigen, dass eine Verschlimmerung des Wundzustandes nicht immer zu verhindern ist.</p>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	
24.01.2019	
Exulzierierende Wunden sind chronischen Wunden zuzuordnen.	
<p>Zu Nr 31a. 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. 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>Bei Palliativpatienten, Patienten mit malignen Wunden oder Wunden in der Sterbephase ist eine Wundheilung überwiegend nicht erreichbar. 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. Benötigen behandlungsbedürftige Wunden und/oder exulzierende Tumore aufgrund ihres Versorgungsaufwandes eine komplexe Behandlung, ist die Indikation einer</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 belastenden Symptomen, Lebensqualität und Autonomie orientiert. Auch ist unter diesen Umständen zu berücksichtigen, dass eine Verschlimmerung des Wundzustandes nicht immer zu verhindern ist. 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 Keimbildung den Patienten und sein Umfeld vor besondere olfaktorischen Herausforderungen stellt. Die Behandlung dieser die exulzierenden Tumoren betreffenden Besonderheiten in der Wundversorgung erfordert ggf. die ergänzende, besondere Symptombehandlung der Leistung 24a.</p> <p>Die Expertise von den auf chronische und schwer heilende Wunden spezialisierten Leistungserbringern 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>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	
24.01.2019	
Versorgung durch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung zu prüfen.	
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 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 angemessenen Beachtung.
Zu Nr 31a. Wundversorgung einer akuten Wunde / Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Erstverordnung bis zu 4 Wochen sowie Folgeverordnungen für bis zu einem Quartal	In der Beschreibung wird für die chronische Wunde ein Zeitraum von voraussichtlich nicht unter 12 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.
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 - bei der ein Wundverband indiziert ist und - der Zustand der Patientin oder des Patienten eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit zulassen. Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter	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 belastenden Symptomen, Lebensqualität und Autonomie orientiert. Auch ist unter diesen Umständen zu berücksichtigen, dass eine Verschlimmerung des Wundzustandes nicht immer zu verhindern ist. Exulzierende Tumorwunden 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. Die Behandlung dieser, die exulzierenden Tumoren

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	
24.01.2019	
<p>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 Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten zu erwägen.</p>	<p>betreffenden Besonderheiten in der Wundversorgung, erfordert ggf. die 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>
<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>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 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.</p>
<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 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.</p>
<p>Zu Änderung in §7 Bemerkung:</p> <p>Eine gute Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt, Krankenhäusern und Pflegediensten ist in der Wundversorgung unerlässlich. Die</p>	<p>Leistungen der HKP-RL werden von geeigneten Pflegefachpersonen im 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</p>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	
24.01.2019	
<p>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 Verordnungsverantwortung 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>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflege-dienst 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>Verantwortung von Vertragsärztin/Vertragsarzt, und Pflegefachpersonen und damit auch eine gemeinsame Koordinationsaufgabe.</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 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>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
28.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<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 Berücksichtigung einer Ergänzung in Satz 2:</p> <p>„Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund 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>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-, 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. 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>
<p>§ 3 Absatz 4 neu: Der Textteil „und die Genehmigung“ ist zu streichen</p> <p>„(4) Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die</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</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
28.01.2019	
Maßnahmen durchführen, sind an die Verordnung und die Genehmigung gebunden“.	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 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.
§7 Absatz 4 Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.	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. 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 dem Hintergrund des Gesamtgesundheitszustandes der Patientin/des Patienten beurteilen und die Behandlung dann ggf. anpassen. Das kann die Vorlage der Dokumentation nicht ersetzen.
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	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 höheren Graden auch der Positionswechsel über diese Leistungsnummer durch die Ärztin/den Arzt verordnet werden kann. 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

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
28.01.2019	
<p>Leistung nach der Nr. 31 oder 31a [PatV: und 31b] verordnungsfähig.</p> <p>Satz 4</p> <p>„Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und [...] anzugeben zu beschreiben“.</p> <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).</p>	<p>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 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.</p> <p>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).</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. 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>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/pdfdata/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 erstellt oder versandt werden. Ein Wundfoto zur Dokumentation der</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
28.01.2019	
	<p>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 materieller Aufwand und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten entgegen. 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.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31 „Wundversorgung einer akuten Wunde“/Bemerkungen</p> <p>Hier sehen wir folgenden Änderungsbedarf bei Wundschnellverbänden (Heftpflaster, Sprühverband)</p> <p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind eine keine-Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Zusätzlich ist die Abpolsterung des diabetischen Fußsyndroms als Leistungsbestandteil aufzunehmen.</p> <p>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,</p>	<p>Sofern eine Versorgung einer Wunde mit Wundschnellverbänden laut ärztlicher Verordnung erfolgen soll, ist diese Versorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege anzuerkennen.</p> <p>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.</p> <p>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 Abpolsterung zum Beispiel als Leistungsbestandteils des diabetischen Fußsyndroms“ 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 (Panaritium) konkret zu benennen. Die Praxiserfahrungen haben gezeigt, dass gerade diese Versorgung nicht genehmigt wird, weil es sich „nur“ um einen Schutzverband handelt. Es wäre deshalb hilfreich 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“</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
28.01.2019	
<p>Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen“ zwingend erforderlich sein müssen, um die Leistung verordnen zu können.</p>	<p>zwingend erforderlich sein müssen, um die Leistung verordnen zu können – sondern ggf. auch nur einzelne Schritte davon.</p>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 31a Leistungsbeschreibung</p> <p>Hier sprechen wir uns für die Leistungsbeschreibung „Wundversorgung einer“ chronischen und schwer heilenden Wunde“ aus.</p> <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>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</p>	<p>Hinsichtlich der Überschrift spricht sich die Diakonie Deutschland für die Variante von DKG, KBV und GKV-SV aus.</p> <p>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.</p> <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>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>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
28.01.2019	
<p>Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung).“</p>	
<p>Die Verortung mit einer eigenen Leistungsnummer im Leistungsverzeichnis als Nr. 31b /Nr. 31c der PatV</p> <p>„An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/ -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV</p> <p>Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“</p> <p>wird unterstützt.</p> <p>In die Bemerkungspalte ist zusätzlich aufzunehmen. „Das Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist für alle Extremitäten (Arme und Beine) ordnungsfähig.“</p>	<p>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.</p>
<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>Folgende Änderung ist erforderlich: Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Bis zu 2 6 Wochen, jeweils 1x täglich</p>	<p>Gilchristverbände, Gipsschienen 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>

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Deutsches Rotes Kreuz e.V.	
24.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<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 gesetzessystematisch 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 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 einem Krankentransportschein zu bewältigen. Dies gilt insbesondere 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>
<p>§7 Absatz 4</p> <p>Ergänzung von KBV, PatV, DKG „... oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern, ...“</p> <p>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 Abständen selbst ein Bild von dem Wundzustand und dem Heilungsprozess macht.</p>

24.01.2019

Leistungsverzeichnis Nr. 31a

Überschrift

Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Die Formulierung von DKG, KBV, GKV wird präferiert.

Eine Unterscheidung nach Leistungserbringung durch Pflegedienst bzw. spezialisierte Einrichtung, wie von der PatV vorgeschlagen, wird nicht unterstützt.

Einschub

von PatV, KBV und DKG
- Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen zur Wundheilung, insbesondere Druckentlastung und Bewegungsförderung

Einschub

von PatV, KBV
- sowie krankheitsbezogene Lebensführung

Einschub

von PatV, KBV, DKG
- Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression

Alle drei Einschübe werden unterstützt.

Das DRK weist darauf hin, dass die folgenden Festlegungen nicht unter die Regelungskompetenz des GBA fallen.

„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.

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).“

Diese wird von den Vertragspartnern nach §132a SGB V vereinbart werden.

Die Passagen sind damit zu streichen.

Patienten sollten die Möglichkeit erhalten sich aktiv an ihrer Gesundung 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.

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband	
28.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§1 Absatz 3 neu:</p> <p>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.</p> <p>Der Paritätische unterstützt die Position des GKV-SV und der KBV.</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. Die Möglichkeit, dass die Wundversorgung auch in spezialisierten Einrichtungen erfolgen kann, sofern die 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>
<p>§3 Absatz 4 neu:</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 an die Verordnung und die</p>	<p>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 Genehmigung von häuslicher Krankenpflege beschrieben. In § 3 wird die Verordnung der häuslichen Krankenpflege beschrieben.</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband	
28.01.2019	
Genehmigung gebunden.	
<p>§7 Absatz 2</p> <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 das Wort „in“ gestrichen wird.</p> <p>Alternativ kann auch der Einschub „insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen werden.</p>
<p>§7 Absatz 4</p> <p>Die Ergänzung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.</p>	<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 / bei der Patientin vorliegt. Ein solches Behandlungsrisiko ist aus unserer Sicht auszuschließen.</p> <p>Wir schließen uns in diesem Zusammenhang den Ausführungen des GKV-SV an, die darauf hinweisen, dass eine persönliche Inaugenscheinnahme durch die Vertragsärztin/ den Vertragsarzt zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und für eine dem Gesamtgesundheitszustandes 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>
<p>Leistungsverzeichnis Nr. 12</p> <p>„Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“</p> <p>Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die</p>	<p>Der Paritätische spricht sich dafür aus, als Verordnungsvoraussetzung lediglich den ersten Spiegelstrich aufzuführen, in dem es heißt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung). <p>Der zweite Spiegelstrich sollte unserer Auffassung nach</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

28.01.2019

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.~~

Satz 7:

~~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)~~

Folgende Änderung ist erforderlich:

Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:

Dekubitus ab Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnung für jeweils bis zu 4 Wochen

ersatzlos gestrichen werden, da bereits der erste Spiegelstrich die Verordnungsfähigkeit über diese Leistungsnummer bei höheren Dekubitusgraden impliziert.

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.

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:

Der Positionswechsel, der durch den Pflegedienst erfolgt, ist durch den Pflegedienst in der Pflegedokumentation festzuhalten.

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 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

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

28.01.2019

~~Dekubitus Grad 1:
Erstverordnung sowie
Folgeverordnung für jeweils
bis zu 7 Tage.~~

~~Ab Dekubitus Grad 2:
Erstverordnung sowie
Folgeverordnung jeweils bis
zu 4 Wochen.~~

sprechen uns daher und aus bürokratischen Gesichtspunkten dafür aus, die Erstverordnung sowie die Folgeverordnungen für jeweils 4 Wochen zu ermöglichen.

Die Veränderungen des 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.

~~Wundschnellverbände
(Heftpflaster, Sprühverband)
sind keine Leistung der
häuslichen Krankenpflege.~~

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.

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.

Leistungsverzeichnis Nr. 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“

~~Um einen spezialisierten
Leistungserbringer handelt es
sich, wenn dieser u.a.
besonders qualifizierte
Pflegefachkräfte zur
Versorgung von chronischen
und schwer heilenden
Wunden vorhält~~

Der Paritätische unterstützt den Vorschlag zur Überschrift von DKG, KBV, GKV-SV.

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.

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.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

28.01.2019

~~(beispielsweise
Pflegefachkräfte mit einer
besonderen
Zusatzqualifikation zur
Wundversorgung).~~

Die Ergänzungen werden befürwortet:

- 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

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.

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“

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

28.01.2019

werden unterstützt.

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“

werden unterstützt.

Folgende Änderung ist erforderlich:
Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:
Bis zu 6 Wochen, jeweils 1x täglich

Gilchristverbände, Gipsschienen und andere stützende und stabilisierende Verbände müssen in der Regel bis zu 6 Wochen angelegt werden. Der Paritätische empfiehlt daher dringend die Verordnungsdauer der medizinischen Notwendigkeit anzupassen. Eine maximale Verordnungsmöglichkeit von bis zu 2 Wochen entspricht weder der medizinischen Notwendigkeit noch der Wirtschaftlichkeit.

Stellungnahme des VDAB

**zu der Änderung der Häusliche Krankenpflege-
Richtlinie: Versorgung von chronischen und
schwer heilenden Wunden**

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

HAUPTSTADTBÜRO

Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 20 05 90 79-0
Fax 030 / 20 05 90 79-19
E-Mail berlin@vdab.de
Internet www.vdab.de

Ausschließlich per E-Mail an:

HKP@b-ba.de

Berlin, 25. Januar 2019

Stellungnahme zu der Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu der Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Unsere Anmerkungen finden Sie in der Anlage 4.

Wir hoffen, dass die Anmerkungen Eingang in die Überarbeitung des Entwurfes finden und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Petra Schülke
stellvertretende Bundesvorsitzende

**Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 1 Absatz 3 neu</p> <p>Vorschlag des VDAB:</p> <p>1Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen.</p> <p>2Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunden aufgrund der individuellen Situation voraussichtlich nicht oder nicht voll umfänglich im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, kann die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen beziehungsweise ergänzt werden.</p>	<p>Die Regelungen der Richtlinie über häusliche Krankenpflege (in Folge HKP RiL) betreffen grundsätzlich 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>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>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
<p>Zu § 3 Absatz 4 neu</p> <p>Der neu eingefügte Absatz 4 Satz 2 ist zu streichen oder wie folgt um Satz 3 zu ergänzen:</p> <p>„Stimmen Verordnung und Genehmigung nicht überein, ist der Leistungserbringer an die Genehmigung gebunden.“</p>	<p>Maßgeblich für die Ausführung der Maßnahmen häuslicher Krankenpflege ist die ärztliche Verordnung. Eine Regelung zur 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> <p>Die Krankenkassen prüfen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die Verordnung (Art, Umfang und Dauer) und legen die Notwendigkeit gegenüber dem Versicherten/der Versicherten und somit die Refinanzierung gegenüber dem Leistungserbringer fest.</p>
<p>Zu § 7 Überschrift</p> <p>Die Überschrift ist wie folgt zu ändern:</p> <p>„Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt-/ Krankenhäusern und Pflegediensten“</p>	<p>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.</p>
<p>Zu § 7 Absatz 4</p> <p>Sofern KBV, PatV und DKG fordern:</p>	<p>Die Pflegedokumentation befindet sich grundsätzlich – so lange das Dienstleistungsverhältnis besteht – im Haushalt des Versicherten/der Versicherten. Leistungserbringer</p>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
<p>„oder sich die Pflegedokumentation bei Bedarf vom Pflegedienst anfordern“</p> <p>ist dieser nicht nachzukommen!</p>	<p>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>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>
<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Leistungsbeschreibung</p> <p>„Ab Dekubitus Grad 1“</p>	<p>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.</p>
<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>In der Hilfsmittelrichtlinie sind entsprechende Anmerkungen aufzunehmen.</p>	<p>Es muss auch sichergestellt werden, dass auch Personen welche von einem Dekubitus Grad 1 betroffen sind bzw. die Gefahr der Entstehung gegeben ist, Anspruch auf entsprechende Hilfsmittel haben.</p> <p>Die einzelnen Indikationsbereiche des Hilfsmittelverzeichnis (Vorliegen eines</p>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
	<p>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>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>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 Wundversorgung verordnungsfähig und zu genehmigen.“</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>Sofern der Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen neben einer Maßnahme der Wundversorgung nach Nummer 31 a verordnungsfähig sein soll, muss jedoch klargelegt 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 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>
<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Bemerkung</p> <p>Folgende Bemerkung ist zu ändern:</p> <p>„Vor 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</p>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
(Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus).“	ein Hilfsmittel nicht immer eine allein ausreichende Maßnahme dar. Oftmals ist auch die Kombination aus Hilfsmittel und Behandlungspflege vorzunehmen.
<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 Lagerungsprotokoll bzw. Bewegungsplan ist zu kürzen. Der Leistungserbringer kann kein Protokoll/ keinen Plan bezüglich solcher Zeiten führen, in welchen dieser nicht vor Ort ist und im Rahmen der verordneten und genehmigten Maßnahmen Leistungen erbringt.</p>
<p>Zu Nr. 12 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Dauer und Häufigkeit der Maßnahme sollte folgende Änderung vorgenommen werden:</p> <p>„Dekubitus Grad 1: Die Erstverordnung für bis zu 14 Tage sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage in begründeten Fällen länger.“</p>	<p>Gemäß § 5 HKP RiL kann die Erstverordnung bis zu 14 Tage ausgestellt werden. Aus medizinischer Sicht erscheint bzgl. des Positionswechsels die Verordnung bis zu 14 Tage sinnvoll. Da der Leistungserbringer nur in Zeiten der Anwesenheit Eingriffsmöglichkeiten auf den Positionswechsel des Versicherten/der Versicherten hat, ist die Gefahr eines Rückschrittes im laufenden Heilungsprozesses sehr hoch. Sieben Tage erscheinen in Anbetracht dessen als zu kurzgefasst.</p> <p>Die Behandlung wird nach vollständiger Heilung durch den Leistungserbringer beendet.</p>
<p>Zu Nummer 31 des Leistungskataloges</p> <p>Unter Leistungsbeschreibung fordern wir folgende Änderung:</p> <p>In Abstimmung Auf Verordnung durch die mit der behandelnden Ärztin oder dem 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>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
	<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>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 Wunddokumentation, ggf. die Fotodokumentation und weitere Lagerungsprotokoll/Bewegungsplan ...“ ist herauszunehmen.</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 von Nummer 31 nicht verordnungsfähig.</p> <p>Sofern keine Maßnahme des Positionswechsels verordnet werden kann, ist auch kein Protokoll/ Plan zu führen!</p>
<p>Zu Nummer 31 a/b neu des Leistungskataloges</p> <p>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.</p> <p>Die HKP-RiL sollte keine Regelungen vornehmen, welche in der individuellen Versorgungssituation zu Einschränkungen führen und somit den Behandlungserfolg gefährden können.</p> <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 der</p>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
	<p>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 Leistungsorten 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>
<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p> <p>Unter Leistungsbeschreibung fordern wir folgende Änderung:</p> <p>In Abstimmung Auf Verordnung durch die mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt</p>	<p>Siehe oben, der Leistungserbringer erbringt die Maßnahme auf Verordnung.</p>
<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p> <p>Die Leistungsbeschreibungen „Anleitung zu Krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen...“ sowie „Anleitung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere...“ sind zu verschieben nach Nummer 7.</p>	<p>Die Anleitung gehört unter Nummer 7 des Leistungskataloges. Die jeweiligen Leistungen sollten zur Abgrenzung der unterschiedlichen Ansprüche nicht vermischt werden.</p>
<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p> <p>Unter Bemerkung muss folgende Änderung vorgenommen werden:</p>	<p>Die Wahl des Leistungserbringers liegt im Rahmen einer Einzelfallbetrachtung der individuellen medizinischen Situation in der Verantwortung des Vorordners der Maßnahme. Zur Sicherstellung bestmöglicher Ergebnisse</p>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
<p>„Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll kann von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen.“</p>	<p>muss auch ein möglicher Leistungserbringer-Mix in Betracht kommen.</p>
<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p> <p>Folgende Bemerkung ist zu streichen:</p> <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).“</p>	<p>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.</p>
<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p> <p>Folgende Bemerkung ist zu streichen:</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>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 personelle Ausfälle in Betracht. Diese Fälle können nicht in der HKP- RiL geregelt werden.</p>
<p>Zu Nummer 31 a des Leistungskataloges</p>	

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	
18.01.2019	
<p>Folgenden Bemerkung ist zu streichen:</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>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 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>
<p>Zu Nummer 31 b des Leistungskataloges</p> <p>Nummer 31 b ist zu streichen.</p>	<p>Eine Trennung in Nummer 31 a und b sehen wir aus oben benannten Gründen als nicht sachgerecht an.</p>
<p>Zu Nummer 31 c des Leistungskataloges</p> <p>Ergänzen um „Bandagen, Schienen etc.“</p>	<p>Nummer 31 c ist aus Gründen des medizinischen Fortschrittes um benannten Maßnahmen zu 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>



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-1303
TELEFAX (0228) 997799-5550
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 30.01.2019
GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0958**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der HKP-RL
- Wundversorgung**

BEZUG Ihr Schreiben vom 17.12.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5a SGB V danke ich
Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.