

**Tragende Gründe**  
**zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:**  
**Redaktionelle Änderung/Krankenbeobachtung/Kompressionsverbände**

Vom 17. September 2009/17. Dezember 2009

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>RECHTSGRUNDLAGEN .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ECKPUNKTE DER ENTSCHEIDUNG .....</b>	<b>3</b>
2.1	Redaktionelle Änderungen.....	3
2.2	Krankenbeobachtung .....	3
2.3	Kompressionsverbände .....	4
<b>3</b>	<b>WÜRDIGUNG DER STELLUNGNAHMEN .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>VERFAHRENSABLAUF .....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>DOKUMENTATION DES STELLUNGNAHMEVERFAHRENS .....</b>	<b>9</b>
5.1	Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens.....	9
5.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	9
5.2.1	Stellungnahmen der nach § 92 Abs. 7 S. 2 SGB V zur Stellungnahme berechtigten Organisationen.....	9
5.2.2	Verspätet eingegangene Stellungnahmen .....	10
5.2.3	Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) nach § 91 Abs. 5 SGB V .....	10
<b>5.3</b>	<b>Erörterung der Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen.....</b>	<b>11</b>
5.3.1	Übergeordnete Anregungen.....	11
5.3.2	Auswertung der Stellungnahmen zu den redaktionellen Änderungen .....	11
5.3.3	Auswertung der Stellungnahmen zur Änderung der Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses – Krankenbeobachtung .....	12
5.3.4	Auswertung der Stellungnahmen zur Änderung der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses – Kompressionsverband/-strümpfe.....	24

<b>5.4</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>52</b>
5.4.1	Beschlüsse zur Einleitung der Stellungnahmeverfahren.....	52
5.4.2	Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V).....	84
5.4.3	Anschreiben an die zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V.....	85
5.4.4	Anschreiben an die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V.....	87
5.4.5	Erläuterungen für Stellungnehmer.....	89

## **1 Rechtsgrundlagen**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist den HKP-Richtlinien ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt.

Mit der redaktionellen Neufassung der HKP-Richtlinien wird der Beschluss des G-BA nach § 91 Abs. 2 SGB V vom 21. Juni 2005 umgesetzt. Danach soll die Bezeichnung Richtlinie im Singular verwendet werden, der G-BA als Normgeber angegeben werden, eine Inhaltsübersicht der Richtlinie vorangestellt werden und eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Muster unter Benennung von Paragraphen, Absätzen und Sätzen erfolgen. Weiterhin wird mit der Überarbeitung der Richtlinien und des Leistungsverzeichnisses der Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 umgesetzt. Danach soll bei der Abfassung von Richtlinien dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern Rechnung getragen werden.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

## **2 Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Redaktionelle Änderungen**

Die wesentlichen redaktionellen Änderungen betreffen den Aufbau der HKP-Richtlinien hinsichtlich ihrer Gliederung nach Abschnitten, Paragraphen, Absätzen und Sätzen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die besonderen Regelungen zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege bei psychischen Krankheiten ohne inhaltliche Änderung in einem gesonderten Paragraphen 4 zusammengefasst. Im § 3 verbleiben die allgemeinen Versorgungsregeln. Im Übrigen konnten die bisherigen Abschnittsüberschriften (I. bis VIII.) nahezu wortgleich als Paragraphenüberschriften verwendet werden.

Zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern wurden in den HKP-Richtlinien und dessen Leistungsverzeichnis geschlechtliche Paarformen eingefügt. Zudem wurden vereinzelt klarstellende Korrekturen oder Ergänzungen am Ausdruck vorgenommen. Der bisherige Abschnitt „VIII. Inkrafttreten“ der HKP-Richtlinien ist entbehrlich und wurde gestrichen.

### **2.2 Krankenbeobachtung**

Nach den bisherigen Regelungen der HKP-Richtlinien sind Krankenbeobachtungsleistungen grundsätzlich nur nach Maßgabe der Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses („spezielle Krankenbeobachtung“) verordnungsfähig. Sie umfassen neben den anfallenden pflegerischen Maßnahmen die kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen, allerdings nur mit dem Ziel, festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung setzt dabei

voraus, dass aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und dass erst aufgrund eines über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Protokolls die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung getroffen werden kann.

Die allgemeine Krankenbeobachtung wird dagegen in der Einleitung vor Nr. 1 des Leistungsverzeichnisses als nicht gesondert verordnungsfähig bezeichnet. Seit der Neufassung der Nr. 3 der HKP-Richtlinien (Öffnungsklausel) sind allerdings in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen auch nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen verordnungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.

In seinem Urteil vom 10 November 2005 (Az.: B 3 KR 38/04 R) hat das Bundessozialgericht ausgeführt, dass die ständige Krankenbeobachtung Teil der häuslichen Krankenpflege sein kann, wenn sie notwendig ist, um bei lebensbedrohlichen Zuständen sofort eingreifen zu können. Wenn das Leistungsverzeichnis dagegen die Verordnung der speziellen Krankenbeobachtung nur bei akuten Verschlechterungen einer Krankheit zur Kontrolle der Vitalfunktionen zulässt, steht dies damit im Widerspruch zur höchstrichterlichen Rechtsprechung. Daher war eine Anpassung des Leistungsverzeichnisses angezeigt.

### **2.3 Kompressionsverbände**

Die vollständige Nr. 31 „Verbände“ des Leistungsverzeichnisses wird mit Ausnahme der unter 2.1 beschriebenen redaktionellen Änderungen in der bisher geltenden Fassung beibehalten.

In der Beschlussfassung vom 17. September 2009 waren inhaltliche Änderungen in der Nr. 31 vorgesehen, die auch Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens waren (vgl. hierzu Beschluss in Abschnitt 5.4.1.3, Tragende Gründe in Abschnitt 5.4.5.3, Auswertung der Stellungnahmen in Abschnitt 5.3.4 und deren Würdigung in Abschnitt 3). Mit Schreiben vom 2. Dezember 2009 hat das BMG die im Leistungsverzeichnis unter Nr. 31 „Verbände“ in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ vorgesehene Liste von Indikationen beanstandet. Mit Beschluss vom 17. Dezember 2009 hat daraufhin das Plenum seinen Beschluss vom 17. September 2009 über die Neufassung der Richtlinie im Hinblick auf die im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien enthaltene Nr. 31 in beschriebener Weise geändert.

## **3 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die eingegangenen Stellungnahmen gewürdigt. Das Stellungnahmeverfahren, insbesondere einzelne Erwägungen zu den Änderungsvorschlägen in den eingegangenen Stellungnahmen, ist in Abschnitt 5 dokumentiert. Folgende Änderungen wurden – angeregt durch die eingegangenen Stellungnahmen – vorgenommen:

In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses (Krankenbeobachtung) wird das Wort „*medizinischen*“ im ersten Spiegelstrich ersetzt durch den vom BSG verwendeten Terminus „*medizinisch-pflegerischen*“.

Die nachfolgenden Ausführungen zur Würdigung von Stellungnahmen betreffen die in der Beschlussfassung vom 17. September 2009 vorgesehenen Änderungen in der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses, die schließlich aus den unter 2.3 dargestellten Gründen nicht von der Neufassung der HKP-Richtlinien umfasst sind:

In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses (Kompressionsverband/-strümpfe) wird im zweiten Spiegelstrich „An- und Ausziehen“ ersetzt durch „An- oder Ausziehen“. Damit soll begrifflich verdeutlicht werden, dass es sich bei dem Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen um zeitlich getrennte Handlungen handeln kann. Mit der Formulierung wird allerdings keine Vorgabe für Vergütungsfragen gegeben, da deren Regelung nicht in der Kompetenz des G-BA liegt.

Dem entsprechend wird in der Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses im 2. Absatz „Das An- und Ausziehen“ ersetzt durch „Das An- oder Ausziehen“. Im ersten und zweiten Spiegelstrich des Absatzes wird „an- und ausziehen“ jeweils ersetzt durch „an- oder ausziehen“.

In der bisherigen Fassung des Leistungsverzeichnisses wurde in den Spalten „Leistungsbeschreibung“ und „Bemerkung“ zu Nr. 31 die Verordnungsfähigkeit der Leistungen auf mobile Patientinnen und Patienten beschränkt. Diese Einschränkung, die sich angesichts ihrer Position im Text sowohl auf Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen als auch auf Kompressionsverbände bezieht, war aus medizinischer Sicht zu korrigieren. Der erste Satz zum Spiegelstrich 2 in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 31 wird demgemäß wie folgt gefasst:

*„Bei Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses bei*

- *Varikose*
- *Thrombose*
- *postthrombotischem Syndrom*
- *chronischer Veneninsuffizienz (CVI)*
- *Lymphödemen/Ödemen*
- *Narben/Verbrennungen“*

In der Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 wird Satz 4 des Originaltextes in folgende Sätze gefasst:

*„Kompressionsstrümpfe/ Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität.*

*Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen / Kompressionsstrumpfhosen / Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung)“.*

Der Satz „Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“ in der Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses wird gestrichen. Damit wird der im Stellungnahmeverfahren deutlich gewordenen Fehlinterpretation des vorgenannten Satzes begegnet, neben behandlungspflegerischen Maßnahmen zur Behandlung von Wunden sei eine zusätzliche Kompressionstherapie mittels Kompressionsverbänden/-strümpfen/-strumpfhosen nicht indiziert. Klarstellend werden in derselben Spalte und zugeordnet zur Leistung „Anlegen und

Wechseln von Wundverbänden“ (erster Spiegelstrich in der Spalte „Leistungsbeschreibung“) folgende Sätze eingefügt:

*„Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Eine gesonderte Verordnung des Anlegens oder Abnehmens eines Kompressionsverbandes bzw. des An- oder Ausziehens von Kompressionstrümpfen/ -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV erfolgt in diesen Fällen nicht.“*

Nach Auffassung des G-BA liegen darüber hinaus keine begründeten Änderungsvorschläge zur Neufassung der HKP-Richtlinien vor. Anregungen aus den Stellungnahmen, die über das Stellungnahmeverfahren hinausgehen, werden im G-BA gesondert beraten.

#### 4      **Verfahrensablauf**

<b>Gremium</b>	<b>Datum</b>	<b>Beratungsgegenstand</b>
UA HKP	14.06.2007	Anpassung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien – a) Allgemeine Krankenbeobachtung und Prophylaxen in den HKP-Richtlinien (...)
UA HKP	04.12.2007	Einrichtung einer AG Krankenbeobachtung
AG Krankenbeobachtung	09.04.2008	Allgemeine und spezielle Krankenbeobachtung im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien
UA HKP	11.06.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redaktionelle Anpassung der HKP-Richtlinien</li> <li>• Vorschlag der AG Krankenbeobachtung – Änderung der Nr. 24 im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien</li> <li>• Verordnungsfähigkeit von Kompressionsstrümpfen und -verbänden</li> </ul>
UA Veranlasste Leistungen	21.10.2008	Redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung der HKP-Richtlinien
UA Veranlasste Leistungen	10.12.2008	Beschlussentwurf zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor Änderung der HKP-Richtlinien
G-BA	22.01.2009	<p>Einleitung von Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redaktionelle Änderungen der HKP-Richtlinien</li> <li>• Krankenbeobachtung (Nr. 24)</li> <li>• Kompressionsverband/-strümpfe (Nr. 31)</li> </ul>
UA Veranlasste Leistungen	06.05.2009	Beauftragung der AG HKP mit der Auswertung der Stellungnahmen zum Beschluss: redaktionelle Änderungen / Krankenbeobachtung / Kompressionsverbände
AG HKP	20.07.2009	Auswertung der Stellungnahmen zum Beschluss: redaktionelle Änderungen / Krankenbeobachtung / Kompressionsverbände
UA Veranlasste Leistungen	12.08.2009	Beschlussentwurf zur Richtlinien-Änderung: redaktionelle Änderungen / Krankenbeobachtung / Kompressionsverbände
G-BA	17.09.2009	Beschlussentwurf zur Richtlinien-Änderung: redaktionelle Änderungen / Krankenbeobachtung / Kompressionsverbände

	02.12.2009	Schreiben des BMG zur Teilbeanstandung des Beschlusses des G-BA vom 17.09.2009
UA Veranlasste Leistungen	09.12.2009	Teilbeanstandung des BMG zum Beschluss des G-BA vom 17.09.2009 über die Neufassung der HKP-RL (Redaktionelle Überarbeitung / Krankenbeobachtung / Kompressionsverbände)
G-BA	17.12.2009	Beschluss des G-BA zur Änderung der Neufassung der HKP-Richtlinien – redaktionelle Änderungen/ Krankenbeobachtung/Kompressionsverbände – vom 17.09.2009

Siegburg, den 17. September 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess



## 5 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

### 5.1 Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren vor einer Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien einzuleiten (siehe Kapitel 5.4.1). Dazu hat er nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V i. V. m. § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (siehe Kapitel 5.4.2) Gelegenheit zur Abgabe von Stellungnahmen gegeben. Zudem wurde der Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V die Abgabe einer Stellungnahme ermöglicht (siehe Kapitel 5.5.4).

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen wurde auf 4 Wochen festgelegt (vgl. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)). Mit Schreiben vom 30. Januar 2009, versandt am selben Tag bzw. am 2. Februar 2009, wurden den stellungnahmeberechtigten Organisationen die o. g. Beschlussentwürfe übersandt und für die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ein Zeitraum von 4 Wochen bis zum 4. März 2008 vorgegeben (siehe Kapitel 5.4.3). Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterungen übersandt (siehe Kapitel 5.4.5: Tragende Gründe).

### 5.2 Eingegangene Stellungnahmen

#### 5.2.1 Stellungnahmen der nach § 92 Abs. 7 S. 2 SGB V zur Stellungnahme berechtigten Organisationen

Von den folgenden 9 der insgesamt 15 nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten und als solche anerkannten für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene ist eine Stellungnahme – jeweils fristgerecht – eingegangen:

	<b>Organisation</b>
1.	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
2.	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABPV)
3.	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (BAH)
4.	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp)
5.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
6.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesverband e. V. (DBfK)
7.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e. V. (Der Paritätische)
8.	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)
9.	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)

### 5.2.2 Verspätet eingegangene Stellungnahmen

Die Stellungnahme der folgenden zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisation ist nach Ablauf der Stellungnahmefrist in der Geschäftsstelle des G-BA eingegangen:

	<b>Organisation</b>	<b>Eingang</b>
10.	Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)	09.03.2009

### 5.2.3 Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) nach § 91 Abs. 5 SGB V

Die Bundesärztekammer hat mit Schreiben vom 04.03.2009 (per E-Mail eingegangen am selben Tag, per Post eingegangen am 06.03.2009) zur Richtlinienänderung Stellung genommen.

### 5.3 Erörterung der Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen

#### 5.3.1 Übergeordnete Anregungen

Organisation	Übergeordnete Anregungen	Beratungsergebnis
alle	Die Beschlüsse werden von allen Stellungnehmern grundsätzlich begrüßt. Die Bundesärztekammer stimmt den geplanten Änderungen vollumfänglich zu.	

#### 5.3.2 Auswertung der Stellungnahmen zu den redaktionellen Änderungen

Organisation	Redaktionelle Änderung	Beratungsergebnis
<b>9. VDAB</b>	Wir bedauern jedoch, dass die aufgenommenen geschlechtlichen Paarformen die Lesbarkeit des Richtlinien textes erheblich erschweren. Der VDAB würde es sehr begrüßen, wenn es bei der bisherigen Regelung bliebe, im Vorwort – hinsichtlich der Gleichberechtigung – einen klarstellenden Satz aufzunehmen und im Richtlinien text nur eine Form zu verwenden. Der VDAB erkennt keinesfalls die Bedeutung der Gleichberechtigung auch in der Sprache. Die tägliche Arbeit unserer Mitglieder mit der Richtlinie würde jedoch erheblich erschwert, da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinie erhebliche einschränkt.	Die Verwendung geschlechtlicher Paarformen dient der Umsetzung des Beschlusses des G-BA vom 9. Dezember 2006. Die Normenklarheit und Verständlichkeit der Richtlinie wird nicht beeinträchtigt (vgl. auch Schreiben des BMG vom 16.09.2008)
	Im Übrigen werden die redaktionellen Änderungen begrüßt.	

### 5.3.3 Auswertung der Stellungnahmen zur Änderung der Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses – Krankenbeobachtung

Organisation	Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „Krankenbeobachtung, spezielle - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.“	Beratungsergebnis
4. bapp	<p>Allerdings ist die vorliegende Formulierung wohl vorrangig für den somatischen Bereich relevant. Krankenbeobachtung als zielführende, allein verordnungsfähige Leistung, ist speziell auch für den psychiatrische häusliche Krankenpflege unerlässlich. Symptombeobachtung und Krisenintervention stehen in vielen Fällen im Vordergrund. Die Überwachung der Medikamente als handlungsführende Maßnahme ist in dann nachrangig.</p> <p>So muss z.B. bei Patienten mit schwerer Depression und Suizidgedanken, zur Abwehr von Dekompensation, auch Krankenbeobachtung als Leistung verordnungsfähig sein.</p>	<p>Im Hinblick auf die Zielsetzung der psychiatrischen Krankenpflege ist diese Formulierung bewusst auf den somatischen Bereich ausgerichtet. Daher ist keine Änderung vorgesehen.</p>
5. bpa	<p>In der Leistungsbeschreibung der speziellen Krankenbeobachtung wird nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem ersten Spiegelstrich von einer „<i>Intervention mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen</i>“ gesprochen.</p> <p>Das BSG verwendet in seinem Urteil dagegen den Terminus medizinisch-pflegerisch, dies ist präziser und meint die behandlungspflegerischen Maßnahmen. Der abwegige Rückschluss auf "ärztliche" Tätigkeiten wird dadurch vermieden.</p> <p><b>Vorschlag A</b> (wie unter 7.):</p> <p>Der bpa schlägt deshalb vor, die Formulierung wie folgt zu ändern (Unterstreichung):</p> <p>„Krankenbeobachtung, spezielle</p> <p>- kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen <u>behandlungspflegerischen</u> Maßnahmen (...)“</p>	<p>Zu Vorschlag A:</p> <p>Der Terminus des BSG „medizinisch-pflegerisch“ wird wie folgt als Änderung aufgenommen:</p> <p>„Krankenbeobachtung, spezielle</p> <p>- kontinuierliche Beobach-</p>

Organisation	Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „Krankenbeobachtung, spezielle - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.“	Beratungsergebnis
		<i>tung und Intervention mit den notwendigen <u>medizinisch-pflegerischen</u> Maßnahmen (...)</i> “
6. DBfK	<p><b>Vorschlag B:</b></p> <p>In diesem Zusammenhang schlagen wir für diesen Leistungsbereich eine Änderung der Benennung der Maßnahme vor in <u>„Ständige Krankenbeobachtung zur Erkennung lebensbedrohlicher Zustände oder akut erforderlicher Symptomkontrolle“</u>.</p> <p>Dies würde die momentan prekäre Situation der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase angemessen verändern und ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Gegenwärtig ist solch eine medizinisch-pflegerische Versorgung weder durch die Spezielle ambulante Palliativversorgung noch durch Leistungen im SGB XI gesichert.</p>	Zu Vorschlag B: Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag C
7. Der Paritätische	<p>Nach dem Beschluss des G-BA wird unter dem ersten Spiegelstrich von „Intervention mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen“ gesprochen. Bei dieser Formulierung könnte fälschlicherweise ein Rückschluss auf ärztliche Tätigkeiten gezogen werden. In seinem Urteil verwendet das BSG den Terminus medizinisch-pflegerisch. Aus Sicht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes ist diese Formulierung präziser und umschreibt klar, dass es Stellungnahme zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) sich bei Tätigkeiten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur um behandlungspflegerische Maßnahmen handeln kann.</p> <p><b>Vorschlag A (wie oben unter 5.):</b></p> <p>Entsprechend schlägt der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband vor, die Formulierung unter dem ersten Spiegelstrich wie folgt zu fassen:</p>	

Organisation	Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses Originaltext: „Krankenbeobachtung, spezielle - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.“	Beratungsergebnis
	„Krankenbeobachtung, spezielle - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen <u>behandlungspflegerischen</u> Maßnahmen (...)“	

Organisation	Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <i>- wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i> <i>- wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	Beratungsergebnis
2. AWO	<p>Diesbezüglich (Ergänzung GF: 1. Spiegelstrich) merken wir an, dass sofortige pflegerische und/oder medizinische Interventionen nicht nur bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sein können. In dem diesbezüglich auch vom G-BA herangezogenen Urteil des Bundessozialgerichtes vom 10.11.2005 heißt es hierzu: "werde medizinische Hilfe unvorhersehbar notwendig, so lasse sich diese nicht von den reinen Beobachtungszeiten trennen." Diese Aussage verdeutlicht, dass es sich eben nicht nur um lebensbedrohliche Situationen handeln kann, sondern um alle Situationen, in denen medizinische Hilfe unvorhersehbar notwendig werden. Das BSG spricht in diesem Zusammenhang auch von "krankheitsbedingten Gefahren". Die von Ihnen vorgenommene Einschränkung halten wir vor diesem Hintergrund nicht für sachgerecht.</p> <p><b>Vorschlag C:</b></p> <p>Alternativ schlagen wir folgende Formulierung vor:</p> <p><i>"- wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Interventionen bei</i></p>	<p>Zu Vorschlag C: Hierzu wird keine Änderung vorgesehen. Der Begriff der „krankheitsbedingten Gefahren“ beschreibt die Begründung der Verordnungsfähigkeit von spezieller Krankenbeobachtung nur unzureichend, da hierdurch die notwendigen Voraussetzungen für die Verordnung nicht klar eingegrenzt werden. Nach der Rechtsprechung des</p>

Organisation	Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <i>- wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i> <i>- wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	Beratungsergebnis
	<i><u>krankheitsbedingten Gefahren</u> täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können (...)</i>	BSG (Urt. v. 10.11.2005 – B 3 KR 38/04 R) darf die HKP-RL die im Einzelfall gebotene Krankenbeobachtung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen nicht ausschließen. Im Einzelfall ist § 1 Abs. 4 Satz 3 der HKP-RL anwendbar.
<b>4. BAH</b>	Die nunmehr bevorstehende Anpassung ist Folge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und daher nicht zu beanstanden. <b>Vorschlag D:</b> Allerdings befürworten wir in diesem Zusammenhang, dass die permanente Anwesenheit einer	Zu Vorschlag D: Die Festlegung einer speziellen Qualifikation der Leistungserbringer zählt nicht zur Regelungskompetenz des G-



Organisation	Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <i>- wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i> <i>- wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	Beratungsergebnis
	Pflegefachkraft gefordert wird und empfehlen eine entsprechende Klarstellung in der Spalte „Bemerkungen“.	BA, dies ist vielmehr Aufgabe der Vertragspartner nach § 132a SGB V.
5. bpa	<p>Die Angabe „sofortige pflegerische/ärztliche Intervention“ legt jedoch nahe, dass hier nicht nur pflegerische Maßnahmen zu erbringen sind, sondern auch ärztliche. Diese sind jedoch Pflegefachkräften, an die sich die Richtlinie Häusliche Krankenpflege richtet, untersagt.</p> <p>Die Pflegefachkraft vor Ort kann ausschließlich pflegerische Interventionen ergreifen und dafür Sorge tragen, dass – wenn erforderlich – umgehend ein Arzt / eine Ärztin verständigt wird.</p> <p><b>Vorschlag E (wie unter 7.):</b></p> <p>Der bpa schlägt deshalb vor, die Formulierung „sofortige pflegerische/ärztliche Intervention“ durch „sofortige <u>pflegerische Interventionen</u>“ zu ersetzen.</p> <p>In den Bemerkungen soll es nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses im ersten</p>	<p>Zu Vorschlag E:</p> <p>Die Formulierung „pflegerische/ärztliche“ wird am ehesten allen möglichen Konstellationen in der Praxis gerecht. Daher erfolgt keine Änderung.</p>

Organisation	Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <i>- wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i> <i>- wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	Beratungsergebnis
	<p>Punkt zudem lauten, dass die Leistung verordnungsfähig ist, <i>„wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention <u>bei lebensbedrohlichen Situationen</u> täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können“.</i></p> <p>Aus der zu dieser neuen Regelung herangezogenen Entscheidung des BSG vom 10.11.2005 (Az B 3 KR 38/04 R) lässt sich jedoch nicht ableiten, dass die Verordnungsfähigkeit der Leistung voraussetzt, dass bei einer mangelnden sofortigen Intervention eine lebensbedrohliche Situation die Folge sein muss. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses beschränkt die Leistung insofern ohne adäquate Grundlage. Eine derartige Einengung lässt sich jedenfalls nicht auf das zitierte Urteil stützen. Das BSG nimmt lediglich Bezug auf die „Abwendung von Krankheitsverschlimmerungen“ (vgl. Gründe zum Urteil Punkt 16). Eine Krankheitsverschlimmerung kann in diesem Zusammenhang ohne sofortige Intervention gleichsam zu erheblichen Schädigungen führen. Dazu muss die Situation nicht erst lebensbedrohlich sein.</p> <p>Die Voraussetzung „täglich lebensbedrohlicher Situationen, bei denen eine Pflegekraft eingreifen muss“, würde zudem bedeuten, dass der Patient in der häuslichen Unterbringung Tag für Tag existieren muss.</p>	Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag C

Organisation	<b>Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses</b> <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i></li> <li>- <i>wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i></li> </ul> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	Beratungsergebnis
	tentiell bedroht ist. Diese Situation durch entsprechende Verordnungen fortzuführen, wäre vom Arzt mehr als fahrlässig. <b>Vorschlag F (wie unter 7.):</b> Der bpa schlägt deshalb folgende Änderung (Ergänzung GF: Unterstreichung) vor: <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische Interventionen <u>zur Abwendung von Krankheitsverschlimmerungen</u> täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können“.</i></li> </ul>	Zu Vorschlag F: Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag C
<b>7. Die Parität</b>	Die Formulierung „sofortige pflegerische/ärztliche Intervention“ (Ergänzung GF: 1. Spiegelstrich) legt nahe, dass durch die Pflegefachkräfte, an die sich die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien richten, im Rahmen der Leistungserbringung pflegerische und ärztliche Maßnahmen zu erbringen sind. Die	

Organisation	<b>Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses</b> <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i></li> <li>- <i>wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i></li> </ul> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	Beratungsergebnis
	<p>Durchführung ärztlicher Maßnahmen ist Pflegefachkräften jedoch untersagt. Die Pflegefachkraft vor Ort kann ausschließlich pflegerische Interventionen ergreifen und dafür Sorge tragen, dass – sofern erforderlich – umgehend ein Arzt / eine Ärztin verständigt wird.</p> <p><b>Vorschlag E (wie unter 5.):</b></p> <p>Von daher schlägt der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband vor, die Formulierung „<i>sofortige pflegerische/ärztliche Intervention</i>“ unter dem ersten Spiegelstrich durch die Formulierung „<i>sofortige pflegerische Interventionen</i>“ zu ersetzen.</p> <p>Die Formulierung „bei lebensbedrohlichen Situationen“ schränkt die Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ aus Sicht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes wieder ein. Dass die Verordnungsbarkeit der Leistung voraussetzt, dass bei einer mangelnden sofortigen Intervention eine lebensbedrohliche Situation die Folge sein muss, lässt sich aus dem Urteil des BSG vom 10.11.2005 (Az B 3 KR 38/04 R) nicht ableiten. Das BSG nimmt lediglich Bezug auf die „Abwendung von Krankheitsverschlimmerungen“ (vgl. Gründe zum Urteil Punkt 16). Auch eine Krankheitsverschlimmerung</p>	Siehe oben

<b>Organisation</b>	<b>Spalte „Bemerkungen“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses</b> <i>Originaltext:</i> <i>„Die Leistung ist verordnungsfähig,</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder</i></li> <li>- <i>wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</i></li> </ul> <i>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</i> <i>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</i> <i>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“</i>	<b>Beratungsergebnis</b>
	kann ohne sofortige Intervention zu erheblichen Schädigungen führen. Dazu muss die Situation nicht erst lebensbedrohlich sein. <b>Vorschlag F (wie unter 5.):</b> Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband schlägt deshalb vor, die Formulierung „ <i>bei lebensbedrohlichen Situationen</i> “ durch die Formulierung „ <u>Abwendung von Krankheitsverschlimmerungen</u> “ im Urteil des BSG zurückzugreifen.	Zu Vorschlag F: Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag C
<b>Organisation</b>	<b>Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses</b> <i>Originaltext:</i> <i>„Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist:</i> <i>1 x pro Verordnung“</i>	<b>Beratungsergebnis</b>

Organisation	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist: 1 x pro Verordnung“	Beratungsergebnis
1. AWO	<p>In dem Entwurf in der Spalte "Dauer und Häufigkeit der Maßnahme" schreibt der G-BA, dass eine Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, nur einmal pro Verordnung möglich ist. Aussagen, in welcher Art und Weise in den anderen Fällen die Maßnahme verordnet werden kann, fehlen gänzlich. Damit wird nach unserer Auffassung der Eindruck erweckt, dass auch in allen anderen Fällen Krankenbeobachtung nur einmal pro Verordnung möglich ist. Dieser Auffassung müssen wir entschieden widersprechen.</p> <p><b>Vorschlag G (vgl. auch unter 5., 6. und 7.):</b></p> <p>Vor diesem Hintergrund würden wir es begrüßen, wenn zur eindeutigen Klärung des Sachverhaltes</p> <p><b>a)</b> entweder auch die anderen Fälle in der Spalte "Dauer und Häufigkeit der Maßnahme" definiert werden würden oder</p> <p>- was nach unserer Auffassung der beste Weg wäre –</p> <p><b>b)</b> die in dieser Spalte vorgenommene Aussage, nach der die Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist und nur einmal pro Verordnung möglich ist, ersatzlos zu streichen.</p>	<p>Zu Vorschlag G:</p> <p>Die Bemerkung unter „Dauer und Häufigkeit“ betrifft ausschließlich die im Spiegelstrich 2 geschilderte Konstellation. Die Verordnungshäufigkeit wird dadurch nicht beschränkt. Daher ist keine Änderung vorgesehen.</p>
5. bpa	<p>Das BSG hat festgestellt, dass "soweit die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über häusliche Krankenpflege nur eine spezielle Krankenbeobachtung bei akuten Verschlechterungen einer Krankheit zur Kontrolle der Vitalfunktion sowie die Überwachung eines Beatmungsgerätes als verordnungsfähig erklären, sie die gesetzliche Leistungsverpflichtung der Krankenkassen bei der Erbringung von häuslicher Krankenpflege einschränken, ohne dazu eine ausreichende gesetzliche Ermächtigung zu haben. Insoweit binden sie die Gerichte nicht".</p> <p>Mit seinem Beschluss hat der G-BA hierauf reagiert und in der Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses zur "speziellen Krankenbeobachtung" eine neue Verordnungsmöglichkeit geschaffen. Danach kann die spezielle Krankenbeobachtung vom Arzt auch verordnet werden (vgl. Spalte 2 „Bemerkung“), „wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können“.</p> <p>Diese neue Verordnungsmöglichkeit wird jedoch in der Spalte 3 „Dauer und Häufigkeit der Maßnah-</p>	

Organisation	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ zu Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist: 1 x pro Verordnung“	Beratungsergebnis
	<p>me“ eingeschränkt. Hier ist lediglich die Verordnungsmöglichkeit zur Klärung, ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, vorgesehen. Die Beschränkung auf eine einmalige Verordnung zur Feststellung, ob eine Krankenhausbehandlung notwendig ist, lässt sich jedoch nicht auf das BSG Urteil zurückführen und engt die neue Verordnungsmöglichkeit damit ohne Grundlage ein.</p> <p><b>Vorschlag G (b) (wie unter 1. und 7., vgl. auch unter 6.):</b></p> <p>Daher sind die Angaben in Spalte 3 der Nummer 24 zur Verordnungsdauer und der Häufigkeit der Maßnahme zu streichen.</p>	Siehe oben
6. DBfK	<p>„Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist.“ beinhaltet keine Aussage zu Dauer und Häufigkeit der Maßnahme, sondern stellt lediglich eine von zwei möglichen Indikationen der Verordnungsfähigkeit dieser Leistung dar (geregelt in der Spalte Bemerkung).</p> <p><b>Vorschlag H (vgl. auch unter 1., 5. und 7.):</b></p> <p>Der DBfK sieht es aus diesem Grund in der folgerichtigen Umsetzung des BSG-Urteils als geboten an, in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ den Teilsatz „Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist.“ zu streichen.</p>	Zu Vorschlag H: Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag G
7. Der Paritätische	<p>Die mit dem Beschluss geschaffene neue Verordnungsmöglichkeit wird in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ wieder eingeschränkt. Entgegen der Aussage dass die Leistung vom Arzt verordnet werden kann „wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können“ ist in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ nur die Verordnungsmöglichkeit zur Klärung, ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, vorgesehen. Diese Einschränkung der Verordnungsmöglichkeit lässt sich u. E. nicht auf das BSG Urteil zurückführen.</p> <p><b>Vorschlag G (b) (wie unter 1. und 5.):</b></p> <p>Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband schlägt daher vor, die Angaben zur Verordnungsdauer und der Häufigkeit der Maßnahme ersatzlos zu streichen.</p>	Siehe oben

### 5.3.4 Auswertung der Stellungnahmen zur Änderung der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses – Kompressionsverband/-strümpfe

Organisation	Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger) - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV Bei mobilen Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses“	Beratungsergebnis
5. bpa	<p><b>Vorschlag I (vgl. auch unter 7. und 8.):</b></p> <p>Bei dem zweiten Spiegelstrich zu den Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen besteht Änderungsbedarf. Notwendig ist hier, wie beim Kompressionsverband, dass es nicht „An- <u>und</u> Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen“ heißt, sondern „An- <u>oder</u> Ausziehen ...“.</p> <p>Auch Kompressionsstrümpfe oder -strumpfhosen müssen Patienten i.d.R. zu unterschiedlichen Tageszeiten an- oder ausgezogen werden. Hierüber entscheidet der Arzt aufgrund medizinischer Indikation. Es handelt sich deswegen um zwei inhaltlich i.d.R. zusammenhängende einzelne Leistungen. Um dieses in der Leistungsbeschreibung darzustellen, ist die oder-Formulierung angezeigt.</p>	<p>Zu Vorschlag I: Der zweite Spiegelstrich der „Leistungsbeschreibung“ wird wie folgt gefasst: „- An- <u>oder</u> Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen ...“</p> <p>Mit der Formulierung wird allerdings keine Vorgabe für Vergütungsfragen gegeben, da dies nicht in der Kompetenz des G-BA liegt.</p>
6. DBfK	<p>Zudem möchten wir auf eine mögliche missverständliche Textpassage in diesem Leistungsbereich hinweisen. Sowohl in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ als auch in der Spalte „Bemerkung“ wird auf die <u>mobilen Patientinnen</u> und Patienten Bezug genommen. Es ist nicht eindeutig, ob der Bezug ausschließlich hinsichtlich der Kompressionsstrümpfe / Kompressionsstrumpfhosen besteht oder auch den Kompressionsverband mit einschließt.</p> <p><b>Vorschlag J (siehe auch unter 6. zu „Spalte Bemerkung“):</b></p> <p>Unabhängig davon, dass wir diesen Leistungsausschluss medizinisch für nicht sachgerecht halten, ist eine Klarstellung erforderlich um Rechtssicherheit herbei zu führen.</p>	<p>Zu Vorschlag J: Der erste Satz in der Leistungsbeschreibung zu Nr. 31 bezieht sich angesichts seiner Position im Text sowohl auf Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen als auch auf Kompressionsverbände. Aus medizinischer Sicht war er zu korrigieren und wird wie folgt</p>



Organisation	Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger) - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV Bei mobilen Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses“	Beratungsergebnis
		gefasst: <i>„Bei Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses bei</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Varikose</i></li> <li>• <i>Thrombose</i></li> <li>• <i>postthrombotischem Syndrom</i></li> <li>• <i>chronischer Veneninsuffizienz (CVI)</i></li> <li>• <i>Lymphödem/Ödemen</i></li> <li>• <i>Narben/Verbrennungen“</i></li> </ul> Siehe weitere Änderung in Spalte „Bemerkung“
<b>7. Der Paritätische</b>	Nicht nachvollziehbar ist die Unterscheidung ist die sprachliche Zusammenfassung der Leistungen Anlegen/Abnehmen eines Kompressionsverbandes und Anzieh/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen. Hier besteht aus Sicht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes bei dem zweiten Spiegelstrich zu den Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen Änderungsbedarf. Wie beim Kompressionsverband muss es nicht „An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen“ heißen, sondern „An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen“, da auch Kompressionsstrümpfe bzw. Kompressionsstrumpfhosen den Betroffenen i. d. R. zu unter-	

Organisation	Spalte „Leistungsbeschreibung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübingen) - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV Bei mobilen Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses“	Beratungsergebnis
	<p>schiedlichen Tageszeiten an- oder ausgezogen werden. Insofern handelt sich auch hier um zwei inhaltlich zusammenhängende einzelne Leistungen, dies ist in der Leistungsbeschreibung entsprechend abzubilden.</p> <p><b>Vorschlag I (wie unter 5. und 8.):</b></p> <p>Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband schlägt daher vor, den zweiten Spiegelstrich wie folgt zu fassen:</p> <p style="padding-left: 40px;">„- <u>An- oder</u> Ausziehen von Kompressionstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV“</p>	Siehe oben
<b>8. Dakonie</b>	<p>Es wird bei der Leistungsbeschreibung immer noch nicht ersichtlich, dass das Anlegen eines Kompressionsverbandes bzw. Anziehen eines Kompressionsstrumpfes/einer Kompressionsstrumpfhose eine Leistung ist und das Abnehmen des Kompressionsverbandes bzw. das Ausziehen des Kompressionsstrumpfes bzw. der Kompressionsstrumpfhosen eine weitere Leistung ist.</p> <p><b>Vorschlag I (wie unter 5. und 7.):</b></p> <p>Deshalb schlagen wir vor bei I. den 2. Spiegelstrich wie folgt zu formulieren:</p> <p style="padding-left: 40px;">"- <u>An- oder</u> Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV“</p>	Siehe oben

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
5. bpa	<p>Während mit der Änderung unter Ziffer I (des Beschlusses – siehe zur Spalte „Leistungsbeschreibung“) klargestellt wird, dass das Anlegen und das Abnehmen eines Kompressionsverbandes gleichgewichtige Leistungen sind, wird dieses in der Ziffer II (des Beschlusses) unverständlicherweise nicht fortgeführt. Hier, bei den Bemerkungen, ist nur „das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind“. Nicht aufgeführt aber ist Ablegen. Das Ablegen des Kompressionsverbandes wird stattdessen den weiteren Ausführungen zu den Kompressionsstrümpfen und Kompressionsstrumpfhosen zugeordnet.</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>Der bpa lehnt diese unterschiedliche Zuordnung des Anlegens und des Abnehmens eines Kompressionsverbandes in der Spalte der Bemerkungen als sachlich nicht gerechtfertigt ab. Diese Aufteilung von Anlegen und Ablegen wird in den tragenden Gründen weder erwähnt noch begründet. In der Praxis würde die Beibehaltung dieser Aufteilung dazu führen, dass es erneut zu Auseinandersetzungen um den Kompressionsverband kommen würde, weil für das Anlegen andere Voraussetzungen gelten würden als für das Ablegen. Wenn beispielsweise bei einem Patienten aus medizinischen oder anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind, aber der Patient keine der aufgezeigten Einschränkungen des zweiten Satzes aufweist, könnte der Arzt nur das Anlegen eines Kompressionsverbandes verordnen, aber nicht das Abnehmen. Damit würde das Ziel dieser Richtli-</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>nienänderung, Klarheit und Eindeutigkeit bei der Verordnung von Kompressionsverbänden zu schaffen, verfehlt.</p> <p><b>Vorschlag K:</b></p> <p>Aus Sicht des bpa müssen deshalb zwingend sowohl für das Anlegen als auch das Abnehmen eines Kompressionsverbandes die gleichen Voraussetzungen gelten.</p> <p><b>Vorschlag L:</b></p> <p>Entsprechend sollte dann im zweiten Satz zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und</p>	<p>Zu Vorschlag K:</p> <p>Anders als beim Anlegen wird beim Abnehmen des Kompressionsverbandes nicht zwingend eine Pflegekraft benötigt. Aufgrund dieses</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>Kompressionsstrumpfhosen die Ausführungen zum Ablegen eines Kompressionsverbandes gelöscht werden.</p> <p><b>Vorschlag M1 (vgl. Vorschlag M2 unter 6. und 7.):</b></p> <p>In der Spalte Bemerkungen ist der Satz „Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig“ zu streichen.</p> <p>Es besteht kein sachlicher Zusammenhang zwischen dem Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes und dem Verbandswechsel bei einem Ulcus cruris. In der Praxis zeigt sich, dass Pati-</p>	<p>Unterschiedes verbleibt es bei der bisherigen Formulierung.</p> <p>Zu Vorschlag M1:  Der Satz „Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig“</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>entinnen und Patienten ggf. nicht nur eines Kompressionsverbandes, sondern zusätzlich eines oder mehrerer Wundverbände bedürfen. Hierbei handelt es sich um Patienten mit zwei verschiedenen behandlungsbedürftigen Erkrankungen, die mit unterschiedlichen Verbänden versorgt werden müssen. Dabei erfolgt zunächst die Wundversorgung und ein entsprechender Wundverband, anschließend wird ein weiterer Verband, der Kompressionsverband, angelegt.</p>	<p>wird gestrichen.  Dafür werden unter „Bemerkung“ zum Spiegelstrich „Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“ folgende Sätze eingefügt:  <i>„Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und</i></p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
		<p><i>Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Eine gesonderte Verordnung des Anlegens oder Abnehmens eines Kompressionsverbandes bzw. des An- oder</i></p>



Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
		<p><i>Ausziehens von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV erfolgt in diesen Fällen nicht.“</i></p>
<p><b>6. DBfK</b></p>	<p>Die Ergänzung „...oder Abnehmen“ (GF: Spalte Leistungsbeschreibung) des Kompressionsverbandes stellt eine bedeutende Konkretisierung dar. Die Richtlinie geht dabei aber in ihrer Ausgestaltung allein von einer intermittierenden Kompressionstherapie bei venöser Insuffizienz aus. Der DBfK weist da-</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>rauf hin, dass dies nicht die einzige Indikation für Kompressionsverbände ist, sondern auch andere Erkrankungen solch eine medizinisch-pflegerische Maßnahme erforderlich machen.</p> <p>Die Kompressionstherapie umfasst Maßnahmen der äußeren, flächigen Druckapplikation bei Venenleiden, Lymphabflussstörungen und Verbrennungsnarben. Mittels flächigen Druckes soll der Ausbildung von Ödemen vorgebeugt und der venöse Rückfluss bzw. Lymphabfluss unterstützt werden. Ferner können Kompressionstherapiemaßnahmen zur Formung ödematisierter Weichteile bei Extremitätenamputationen zur Anwendung kommen.</p> <p>Zumindest bei Lymphabflussstörungen und Verbrennungsnarben ist in der Regel eine Dauerkom-</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>pression auch bei liegenden Patienten erforderlich, die nur zur Reinigung, Hautpflege und manuellen Lymphtherapie unterbrochen wird.</p> <p>Des Weiteren weisen zahlreiche Patienten mit chronischen Venenleiden auch ein Lymphödem und diverse Ulcera auf, so dass eine Kompressionstherapie zusätzlich zur Wundbehandlung erfolgen muss. Ein Wundverband und ein Kompressionsverband sind zwei verschiedene Arten von Verbänden mit unterschiedlicher Zielstellung. Sie können einander nicht ersetzen. Sind beide Verbandsarten medizinisch indiziert, kann ein Ausschluss nicht zulässig sein. Da der Gemeinsame Bundesausschuss gerade mit der Änderung dieser Leistung mehr Rechtsklarheit erreichen will, sieht es der DBfK als</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>dringend erforderlich an, eine Ausgrenzung von Patientengruppen mit großem Leidensdruck zu vermeiden. Es ist den Betroffenen nicht zuzumuten, über mehrere Instanzen ihre Rechte durchsetzen zu müssen.</p> <p><b>Vorschlag M2 (vgl. auch Vorschlag M1 unter 5.):</b></p> <p>Die unter der Spalte „Bemerkung“ stehenden zwei letzten Absätze zu streichen (von <i>„Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich ...“</i> bis <i>„...Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig“</i>).</p>	<p>Zu Vorschlag M2:          Siehe oben</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>Zudem möchten wir auf eine mögliche missverständliche Textpassage in diesem Leistungsbereich hinweisen. Sowohl in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ als auch in der Spalte „Bemerkung“ wird auf die mobilen Patientinnen und Patienten Bezug genommen. Es ist nicht eindeutig, ob der Bezug ausschließlich hinsichtlich der Kompressionsstrümpfe / Kompressionsstrumpfhosen besteht oder auch den Kompressionsverband mit einschließt.</p> <p><b>Vorschlag J (vgl. unter 6. zu „Leistungsbeschreibung“):</b></p> <p>Unabhängig davon, dass wir diesen Leistungsausschluss medizinisch für nicht sachgerecht halten, ist</p>	<p>Zu Vorschlag J (siehe auch unter „Leistungsbeschreibung“):</p> <p>In der Spalte „Bemerkung“ wird Satz 4 des Originaltextes</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>eine Klarstellung erforderlich um Rechtssicherheit herbei zu führen.</p>	<p>wie folgt ersetzt:  <i>„Kompressionsstrümpfe/ Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Pa-</i></p>

Organisation	<b>Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses</b> <i>Originaltext:</i> <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i>  <i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i> <i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i> <i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i> <i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i>	Beratungsergebnis
		<i>tientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobili-</i>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
		<p><i>tät.</i></p> <p><i>Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen / Kompressionsstrumpfhosen / Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig</i></p>



Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
		<p><i>sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung)“.</i></p>
<p><b>7. Der Paritätische</b></p>	<p><b>Vorschlag N (wie unter 8.):</b></p>	<p>Zu Vorschlag N:</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>Entsprechend unserer Ausführungen zu dem zweiten Spiegelstrich „Anlegen eines Kompressionsverbandes (...) in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ unter Nummer 31 des Leistungsverzeichnisses darf es auch in der Spalte „Bemerkungen“ ist auch in den gesamten Bemerkungen regelhaft von „<u>An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen</u>“ zu sprechen.</p> <p>Der Ausschluss des Verbandswechsels eines Ulcus cruris neben dem Anlegen oder Annehmen eines Kompressionsverbandes bzw. dem Anziehen oder Ausziehen von Kompressionstrümpfen/Kompressionstrumpfhosen ist nicht nachvollziehbar, da zwischen dem Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes bzw. dem An- oder Ausziehen von Kompressionstrümp-</p>	<p>Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag I.</p> <p>Aus diesen Gründen wird der Beginn des 2. Absatzes wie folgt gefasst:</p> <p><i>„Das An- <u>oder</u> Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen</i></p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>fen/Kompressionsstrumpfhosen kein sachlicher Zusammenhang besteht. Auch in der Grundsatzstellungnahme zum An- und Ausziehen von Kompressionstrümpfen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V der SEG 2 der MDK-Gemeinschaft wird auf Seite 8 zu dem Thema ausgeführt, dass bei bestehendem Ulcera cruris eine gleichzeitige Kompressionsbehandlung unerlässlich sei. Zur Unterstützung der Behandlung wurden wie der o. b. Stellungnahme zu entnehmen ist, spezielle Kompressionsstrümpfe entwickelt, die den Druck kontinuierlich halten und über dem Wundverband getragen werden können.</p> <p><b>Vorschlag M1 (wie unter 5.; vgl. Vorschlag M2 unter 6.):</b></p>	<p>...“</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>Insofern ist der Satz <i>„Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i> ersatzlos zu streichen.</p>	<p>Siehe oben</p>
<p><b>8. Diakonie</b></p>	<p>Es wird bei der Leistungsbeschreibung immer noch nicht ersichtlich, dass das Anlegen eines Kompressionsverbandes bzw. Anziehen eines Kompressionsstrumpfes/einer Kompressionsstrumpfhose eine Leistung ist und das Abnehmen des Kompressionsverbandes bzw. das Ausziehen des Kompressionsstrumpfes bzw. der Kompressionsstrumpfhosen eine weitere Leistung ist.</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p><b>Vorschlag N (wie unter 7.):</b></p> <p>Deshalb schlagen wir vor (...) bei II. den 2. Satz wie folgt zu formulieren:</p> <p><i>"Das An- <u>oder</u> Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- <u>oder</u></i></li> </ul>	<p>Siehe oben</p> <p>Zu Vorschlag N:  Im ersten Spiegelstrich wird „an- <u>und</u> ausziehen“ ersetzt durch „an- <u>oder</u> ausziehen“.  Im zweiten Spiegelstrich wird „anziehen“ ersetzt durch „an-</p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- <u>oder</u> ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> </ul>	<p><i><u>oder</u> ausziehen“.</i></p>

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.“</i></p> <p>Der Ausschluss der Verordnung von Verbandswechsels bei Ulcus cruris neben dem Kompressionsverband/strümpfe hat u.E. keinerlei sachliche Gründe - im Gegenteil: Auch in der Grundsatzstellungnahme des MDK zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (vgl. Grundsatzstellungnahme der SEG 2 Pflege der MDK-Gemeinschaft zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V vom 29.06.2005, S. 8.) ist die Ulcus cruris Behandlung in Ergänzung zur Kompressionstherapie vorgesehen. In der Grundsatzstellungnahme</p>	

Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
	<p><i>Originaltext:</i>  <i>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</i></p> <p><i>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</i></li> <li><i>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</i></li> <li><i>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</i></li> <li><i>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</i></li> </ul> <p><i>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</i></p> <p><i>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</i></p>	
	<p>heißt es wie folgt:</p> <p>„Neben der Wundbehandlung ist bei bestehenden Ulcera cruris eine gleichzeitige Kompressionsbehandlung unerlässlich.“</p> <p><b>Vorschlag M1 (wie unter 5. und 7.):</b></p> <p>Wir halten es daher für sachgerecht, den Passus des Ausschlusses der gleichzeitigen Verordnung von Kompressionsstrümpfen/-verbänden und Verbänden bei Ulcus cruris in den Richtlinien für häusliche Krankenpflege ersatzlos zu streichen.</p>	<p>Zu Vorschlag M1: Siehe oben</p>



Organisation	Spalte „Bemerkung“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses	Beratungsergebnis
10. Caritas	<p><b>Vorschlag M1 (wie unter 5., 7. und 8.):</b></p> <p>Wir halten es daher für sachgerecht, den Passus des Ausschlusses der gleichzeitigen Verordnung von Kompressionsstrümpfen/-verbänden und Verbänden bei Ulcus cruris in den Richtlinien für häusliche Krankenpflege ersatzlos zu streichen.</p> <p>Zur Begründung siehe im Wesentlichen wortgleiche Ausführungen der Diakonie unter 8.</p>	Siehe oben
	<p><b>Originaltext:</b></p> <p>„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</p> <p>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder</li> <li>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</li> <li>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</li> </ul> <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</p> <p>Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“</p>	

Organisation	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> „Jeweils 1 x täglich“	Beratungsergebnis
5. bpa	<p>Der bpa sieht darüber hinaus im Zusammenhang mit der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ weitergehenden Änderungsbedarf. Danach sind – unabhängig von der Tatsache, dass es sich hierbei gemäß den Vorbemerkungen um „Empfehlungen für den Regelfall“ handelt – das Anlegen oder das Abnehmen eines Kompressionsverbandes jeweils 1 x täglich verordnungsfähig. Dadurch kann eine Interpretation nicht ausgeschlossen werden, dass womöglich an einem Tag nur das Anlegen oder aber das Ablegen eines Kompressionsverbandes verordnet werden könnte. Bei vielen Patientinnen und Patienten sind allerdings gerade beide Leistungen morgens und abends erforderlich. Die Richtlinie selbst weist darauf hin, dass bei liegenden Patienten, also auch bei mobilen, die abends zu Bett gehen, die Kompressionsstrümpfe (und entsprechend auch Kompressionsverbände) ausgezogen (bzw. abgenommen) werden müssen, „da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann“.</p> <p><b>Vorschlag O:</b></p> <p>Um die erforderliche Klarheit sicherstellen und dazu beitragen, dass weitere gerichtliche Auseinandersetzungen vermieden werden können, sollte es deshalb in der Spalte Dauer und Häufigkeit der Maßnahme „Jeweils <u>mindestens</u> 1 x täglich“ heißen.</p>	<p>Zu Vorschlag O: Alle Hinweise in Spalte „Dauer und Häufigkeit“ betreffen Regelfälle (siehe Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis, 3. Absatz). Daher erfolgt hier keine Änderung.</p>
7. Der Paritätische	<p>Über die in dem Beschluss des B-GA aufgeführten Sachverhalte sieht der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband unter der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien weitergehenden Änderungsbedarf in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ bezüglich der Begrenzung der Dauer und Häufigkeit des Anlegens von stützenden und stabilisierenden Verbänden. Die Entscheidung über die Dauer und Häufigkeit einer Maßnahme ist vom Arzt zu treffen und zu verantworten und hat sich an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen zu orientieren.</p> <p><b>Vorschlag P:</b></p> <p>Deshalb sollte in der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ für diese Leistung der Einschub „<u>i. d. R.</u>“ aufgenommen werden.</p>	<p>Zu Vorschlag P: Siehe Beratungsergebnis zu Vorschlag O</p>
8. Diakonie	<p><b>Vorschlag Q:</b></p>	<p>Zu Vorschlag Q: Eine Indikation, bei der</p>

Organisation	Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ zu Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses <i>Originaltext:</i> <i>„Jeweils 1 x täglich“</i>	Beratungsergebnis
	<p>Daneben sollte bei Nummer 31 die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme für die Leistungen (...) von „<i>jeweils 1 x täglich</i>“ auf „<u><i>jeweils 2 x täglich</i></u>“ geändert werden.</p> <p>Es gibt häufig Praxisfälle, bei denen der/die Versicherte dermatologische Erkrankungen der unteren Extremitäten aufweist und diese müssen mehrmals täglich mit medizinischen Salben behandelt werden. In solchen Fällen müssen die Wundverbände und die Kompressionsverbände mehrmals täglich angelegt bzw. gewechselt bzw. abgenommen werden und ggf. die Kompressionsstrümpfe/ Kompressionsstrumpfhosen 2 x täglich an- und ausgezogen werden.</p>	<p>Kompressionsstrümpfe/-verbände mehrmals am Tag gewechselt bzw. an- oder ausgezogen werden müssen, ist nicht vorstellbar.</p>

## 5.4 Anhang

### 5.4.1 Beschlüsse zur Einleitung der Stellungnahmeverfahren

#### 5.4.1.1 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens: Redaktionelle Änderung

**Beschluss**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer**  
**Entscheidung zur Änderung der**  
**Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:**  
**Redaktionelle Änderung**

vom 22. Januar 2009

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V bzw. § 91 Abs. 5 SGB V vor seiner Entscheidung zur Änderung der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) in der Fassung vom 16. Februar 2000 (BAnz. 2000, S. 8878), zuletzt geändert am 17. Januar 2008/10. April 2008 (BAnz. 2008, S. 2028), einzuleiten.

Den Organisationen nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V und der Bundesärztekammer wird Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur folgenden beabsichtigten Neufassung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien Stellung zu nehmen:

- I. Die bisherigen Häusliche Krankenpflege-Richtlinien sowie deren Anlage, das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis), werden wie folgt gefasst:

**Richtlinie**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege**  
**(Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)**

in der Neufassung vom 22. Januar 2009,  
veröffentlicht im Bundesanzeiger XXXXX,  
in Kraft getreten am XXXXX

## Inhaltsverzeichnis

§ 1	Grundlagen .....
§ 2	Formen und Ziele der häuslichen Krankenpflege.....
§ 3	Verordnung der häuslichen Krankenpflege .....
§ 4	Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege.....
§ 5	Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege .....
§ 6	Genehmigung von häuslicher Krankenpflege.....
§ 7	Zusammenarbeit mit Pflegediensten/Krankenhäusern.....
§ 8	Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte .....

**Anlage** Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

Diese Richtlinie regelt die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern.

## § 1 Grundlagen

(1) <sup>1</sup>Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. <sup>2</sup>Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten (siehe Abs. 5) sowie die besonderen Belange kranker Kinder und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen. <sup>3</sup>So kann z. B. die Verordnung eines teuren Arznei-, Verband- oder Hilfsmittels wirtschaftlich sein, wenn der finanzielle Aufwand für diese Maßnahmen bei gleicher Wirksamkeit geringer ist als der für die sonst notwendigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

(2) <sup>1</sup>Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der oder des Versicherten oder ihrer oder seiner Familie erbracht. <sup>2</sup>Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

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

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. <sup>3</sup>Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

(3) Die häusliche Krankenpflege umfasst

- a. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege),
- b. Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
- c. Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung).

(4) <sup>1</sup>Die in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grundsätzlich dem dieser Richtlinie als Anlage beigefügten Leistungsverzeichnis zu entnehmen. <sup>2</sup>Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und

genehmigungsfähig.<sup>3</sup> Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.<sup>4</sup> Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig und dürfen nicht von der Krankenkasse genehmigt werden.<sup>1</sup>

- (5) Die oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn und soweit sie oder er die erforderliche(n) Verrichtung(en) nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person die Versicherte oder den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (6) <sup>1</sup>Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. <sup>2</sup>Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkassen zu prüfen.
- (7) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 6 kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität oder Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. <sup>2</sup>Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). <sup>3</sup>Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil
- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
  - die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

---

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

## § 2 Formen und Ziele der häuslichen Krankenpflege

- (1) <sup>1</sup>Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn die oder der Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. <sup>2</sup>Häusliche Krankenpflege ist dann eine Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit dem Ziel,
- der oder dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in ihren oder seinen häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) oder
  - ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege).
- (2) <sup>1</sup>Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden, wenn
- Krankenhausbehandlung geboten aber nicht ausführbar ist. Dies ist z. B. der Fall, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung aus nachvollziehbaren Gründen verweigert.
  - dadurch Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann.
  - dadurch Krankenhausbehandlung verkürzt wird (vgl. § 7 Abs. 5).
- <sup>2</sup>Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
- (3) <sup>1</sup>Häusliche Krankenpflege als Sicherungspflege kann verordnet werden, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann. <sup>2</sup>In diesen Fällen ist häusliche Krankenpflege nur als Behandlungspflege ordnungsfähig.
- (4) Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann verordnet werden, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.
- (5) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Sicherungspflege nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege; Voraussetzung ist ferner, dass die Satzung der Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsieht und die oder der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.



(6) Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

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

### § 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

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

(2) <sup>1</sup>Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Muster 12).

<sup>2</sup>Die Ärztin oder der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere

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

**Klarstellung zu § 3 Abs. 2 Satz 1:  
Die Nutzung von Muster 12 bezieht sich ausschließlich auf die häusliche Krankenpflege. Für die psychiatrische Krankenpflege folgt eine gesonderte Regelung.**

(3) <sup>1</sup>Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen und ist dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bekannt, hat die Verordnung zu unterbleiben. <sup>2</sup>Sofern die im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durchführen kann, hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterblei-

---

ben. <sup>3</sup>Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person nach Einschätzung der Ärztin oder des Arztes die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche nicht übernehmen, ist dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben. <sup>4</sup>Kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht eindeutig beurteilen, ob eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche erbringen kann, hat sie oder er dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben.

- (4) <sup>1</sup>Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt des Fachgebietes zu verordnen (Ärztin oder Arzt für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie). <sup>2</sup>Die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in Satz 1 genannten Fachgebiete. <sup>3</sup>Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege ist der von der Ärztin oder dem Arzt erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst.
- (5) Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen benannten Diagnosen und Fähigkeitsstörungen.
- (6) Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege und die Leistungen der Soziotherapie können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden.
- (7) <sup>1</sup>Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben inhaltlich gleichen Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen. <sup>2</sup>Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer jeweils spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). <sup>3</sup>Sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Abgrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. <sup>4</sup>Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.

## **§ 5 Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege**

- (1) <sup>1</sup>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. <sup>2</sup>Um dies sicherzustellen, soll insbesondere die Erstverordnung einen Zeitraum bis zu 14 Tagen nicht überschreiten.
- (2) <sup>1</sup>Ist aus dem Zustand der oder des Versicherten erkennbar, dass der zunächst verordnete Zeitraum nicht ausreicht, kann die Folgeverordnung auch für eine längere Dauer ausgestellt werden, wenn in der Folgeverordnung die Notwendigkeit begründet wird. <sup>2</sup>Die Folgeverordnung ist in den letzten drei Werktagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.
- (3) <sup>1</sup>Ein Anspruch der oder des Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen. <sup>2</sup>In begründeten Ausnahmefällen kann Krankenhausvermeidungspflege über diesen Zeitraum hinaus verordnet werden. <sup>3</sup>Dies bedarf der Bewilligung durch die Krankenkasse nach Feststellung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dass die längere Dauer der häusli-

chen Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

## **§ 6 Genehmigung von häuslicher Krankenpflege**

- (1) Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.
- (2) <sup>1</sup>Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen. <sup>2</sup>Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren.
- (3) Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) dürfen von den Krankenkassen nur genehmigt werden, soweit sie weder von der oder dem Versicherten selbst noch von einer in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Person durchgeführt werden können.
- (4) Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege können von der Krankenkasse nur genehmigt werden, wenn die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht.
- (5) Bezieht die oder der Versicherte Leistungen der Pflegeversicherung, darf die Krankenkasse die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung als Sicherungspflege nicht übernehmen.
- (6) <sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V.

## **§ 7 Zusammenarbeit mit Pflegediensten/Krankenhäusern**

- (1) <sup>1</sup>Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen. <sup>2</sup>Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt.
- (2) <sup>1</sup>Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder

dem behandelnden Vertragsarzt. <sup>2</sup>Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

- (3) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.
- (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.
- (5) <sup>1</sup>Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann sie oder er diese anstelle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen. <sup>2</sup>In diesem Falle soll die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt informieren.

## **§ 8 Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte**

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen über den Inhalt der Satzungsbestimmungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege soweit sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege übernehmen.

**Verzeichnis  
verordnungsfähiger Maßnahmen  
der häuslichen Krankenpflege  
(Leistungsverzeichnis)**

**Anlage zur  
Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach  
§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V**

## **Vorbemerkungen**

Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) können von der Krankenkasse nur genehmigt werden, soweit sie weder von der oder dem Versicherten selbst noch von in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Personen durchgeführt werden können (vgl. § 1 Abs. 5 der Richtlinie).

Alle Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung des folgenden Verzeichnisses sind ausschließlich im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Abs. 1 SGB V oder als Satzungsleistung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnungsfähig.

Im folgenden Verzeichnis werden bei den verordnungsfähigen Maßnahmen soweit möglich Aussagen zur Dauer der Verordnung und zur Häufigkeit der Verrichtungen angegeben. Dies sind Empfehlungen für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Abweichungen können insbesondere in Betracht kommen auf Grund von Art und Schwere des Krankheitsbildes, der individuellen Fähigkeiten und Aufnahmemöglichkeiten des Umfeldes. Insbesondere bei der Pflege von Kindern kann es erforderlich sein, die Maßnahmen schrittweise zu vermitteln und häufiger zu wiederholen.

Die Leistungen sind unabhängig davon verordnungsfähig, ob es sich um somatische, psychische oder psychosomatische Krankheiten handelt. Bei der Verordnung sind wegen der Krankheitsursache unterschiedliche Verordnungsdauern zu bedenken. Sofern sich zukünftig weiterer Versorgungsbedarf ergibt, wird das Leistungsverzeichnis fortgeschrieben.

## Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfähig.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
1.	<p><b>Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit</b></p> <p>Beratung und Kontrolle der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z. B. bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens, wie Lagern, Körperpflege).</p>	<p>Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und</li> <li>- im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert,</li> </ul> <p>um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.</p>	<p>Anleitung bis zu 5 x verordnungsfähig</p>
2.	<p><b>Ausscheidungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ausscheidungen, Hilfe beim Ausscheiden</b> und der Beseitigung von Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und auch Mageninhalt, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verwendung von Inkontinenzprodukten (z. B. Vorlagen, Condomurinal)</li> <li>➤ Reinigung des Harnröhrenkatheters (Reinigung des Katheters und der Harnröhrenöffnung, ggf. Abstöpseln in zeitlich festgelegten Intervallen)</li> <li>➤ Wechsel des Katheterbeutel</li> <li>➤ Reinigung und Versorgung des Urostoma</li> <li>➤ Reinigung und Versorgung des Anus-<i>praeter</i></li> </ul> </li> <li>- <b>Kontinenztraining, Toilettentraining</b> (Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan). Die Uhrzeiten sind in einem Erfassungsbogen zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ der <b>Harnblase</b>. Die Blasenentleerungszeiten sind im Abstand zur Einnahme von Flüssigkeit je nach Gewohnheit der Patientin oder des Patienten einzupendeln, anfänglich mindestens zweistündlich. Angestrebt wird eine viermalige Blasenentleerung pro Tag.</li> <li>➤ des <b>Enddarms</b>. Die Darmentleerungszeiten sind je nach Gewohnheit der Patientin oder</li> </ul> </li> </ul>	<p>siehe Stomabehandlung (Nr. 28)  siehe Einlauf, Klistier, Digitale Enddarmausräumung (Nr. 14)</p> <p>Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung.</p> <p>siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (Nr. 29)</p> <p>siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27)</p> <p>siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)</p>	



Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	<p>des Patienten einzupendeln.</p> <p><b>gegebenenfalls einschließlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pflegerische Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von z. B. Kontrakturen, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),</li> <li>- Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),</li> <li>- Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),</li> <li>- Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, Allgemeine Bewegungsübungen).</li> </ul>	<p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	
3.	<p><b>Ernährung beinhaltet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei</b></li> <li>- <b>Sondennahrung, Verabreichen von</b>, über Magensonde, Katheter-Jejunostomie (z. B. Witzel-Fistel), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe, Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation, ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems,</li> </ul> <p><b>gegebenenfalls einschließlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pflegerische Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),</li> <li>- Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),</li> <li>- Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),</li> <li>- Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).</li> </ul>	<p>siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26)</p> <p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	
4.	<p><b>Körperpflege beinhaltet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Duschen, Baden, Waschen</b> (auch von Augen, Ohren, Nase), Mund-, Zahn-, Lippen- und Hautpflege, Rasur, Haar- und Nagelpflege,</li> </ul>	<p>Kosmetische Maßnahmen im Sinne der Schönheitspflege sind keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Die Hornhautpflege mit künstlicher Tränenflüssigkeit, z. B. bei fehlendem Lidschluss soweit keine Augener-</p>	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. <b>Pflege einer Augenprothese,</b></li> <li>- ggf. <b>Mundpflege als Prophylaxe</b> bei abwehrgeschwächten und/oder im Allgemeinzustand stark reduzierten Patientinnen oder Patienten,</li> <li>- <b>An- und/oder Auskleiden</b> (Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- und Ausziehen der Kleidung, von Stützstrümpfen, von Antithrombosestrümpfen, von konfektionierten / teilkonfektionierten / maßgefertigten Bandagen, von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I, das An- und Ablegen von Prothesen, von Orthesen, von Stützkorsetts, von Bruchbändern etc.),</li> </ul> <p><b>gegebenenfalls einschließlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pflegerische Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),</li> <li>- Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),</li> <li>- Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),</li> <li>- Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, Allgemeine Bewegungsübungen).</li> </ul>	<p>krankung vorliegt, ist eine prophylaktische Maßnahme.</p> <p>Gabe von Augentropfen/-salben siehe Medikamentengabe (Nr. 26)</p> <p>Die Augenspülung ist eine ärztliche Leistung.</p> <p>Zu Kompressionsstrümpfen ab Klasse II siehe Verbände (Nr. 31)</p> <p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	
5.	<p><b>Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet:</b></p> <p>Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirrspülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung).</p>		

## Leistungen der Behandlungspflege

Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfähig.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
6.	<p><b>Absaugen</b>            - <b>Absaugen der oberen Luftwege</b>            Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z. B. bei schwerer Emphysebronchitis, Aids, Mukoviszidose, beatmete Patientinnen oder Patienten.</p> <p>- <b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage)</b>            Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.</p>		
7.	<p><b>Anleitung bei der Behandlungspflege</b></p> <p>Beratung und Kontrolle der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z. B. Blutzuckerkontrolle).</p>	<p>Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und</li> <li>- im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert,</li> </ul> <p>um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.</p>	Bis zu 10 x Anleitung verordnungsfähig
8.	<p><b>Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</b></p> <p>Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen (z. B. hohe Querschnittslähmung, Zustand nach Schädel-Hirntrauma); Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes, ggf. Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O<sub>2</sub>-Zellen).</p>		

9.	<p><b>Blasenspülung</b></p> <p>Einbringen einer Lösung unter sterilen Kautelen mittels Blasenspritze oder Spülsystem durch einen Dauerkatheter in die Harnblase, Beurteilen der Spülflüssigkeit.</p>	<p>Blasenspülungen sind nur verordnungsfähig bei durchflussbehinderten Dauerkathetern infolge Pyurie oder Blutkoageln. Bei Blasenspülungen sind Blaseninstillationen Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. siehe Instillation (Nr. 20)</p>	Bis zu 3 Tage
10.	<p><b>Blutdruckmessung</b></p> <p>bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus (<math>\geq 160</math> mmHg systolisch und/oder <math>\geq 95</math> mmHg diastolisch).</p>	<p>24-h-Blutdruckmessungen mittels Dauermessgerät sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Die Häufigkeit der Blutdruckmessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.</p>	Bis zu 7 Tage
11.	<p><b>Blutzuckermessung</b></p> <p>Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettentpflichtig)</li> <li>• bei Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie</li> </ul>	<p>Routinemäßige Dauermessungen sind nur zur Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie verordnungsfähig. Bei der Folgeverordnung ist der HbA 1c – Wert zu berücksichtigen.</p> <p>Nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, das kapillare Blut zu entnehmen, auf den Teststreifen zu bringen und das Messergebnis abzulesen oder</li> <li>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie das kapillare Blut nicht entnehmen und auf den Teststreifen bringen können oder</li> <li>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, das kapillare Blut entnehmen und auf den Teststreifen bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</li> <li>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Diagnostik nicht sichergestellt ist oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</li> </ul> <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	

		Die Häufigkeit der Blutzuckermessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	Bis zu 4 Wo. Bis zu 3 x tägl.
12.	<b>Dekubitusbehandlung</b>  Verordnungsvoraussetzungen: - mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung - Versorgung durch Wundreinigung/ Wundverbände (z. B. Feuchtverband, Hydrokolloidverband, Hydrogelverband) - wirksame Druckentlastung	Bei der Verordnung ist der Dekubitus (Lokalisation, Grad, Größe) sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren.  Ziel der Dekubitusbehandlung ist die Wundheilung. Die Erstverordnung ist in Abhängigkeit von Art und Umfang des Dekubitus bis zu 3 Wochen auszustellen. Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt das Pflegeprotokoll auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Dekubitusbehandlung unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Die Frequenz der Druckentlastung richtet sich nach dem Fortgang der Wundheilung (z. B. alle 2 Stunden).  Die Lagerung von Dekubituspatientinnen und Dekubituspatienten soll nach Möglichkeiten - ggf. nach Anleitung - von Angehörigen übernommen werden.  Zur Dekubitusbehandlung ist der Verbandwechsel Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.	
13.	<b>Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b>  Überprüfen von Lage, Sekretfluss sowie von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.		1-2 x tägl.
14.	<b>Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung</b>  bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig; Ausnahme: bei Tumorleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen.	Einlauf / Klistier / Klyisma bis zu 2 x wöchentlich  digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung

15.	<b>Flüssigkeitsbilanzierung</b>  Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrierten Gefäßen, ggf. inkl. Gewichtskontrolle, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang zur Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes bei dessen beginnender Dekompensation.	Routinemäßige Flüssigkeitsbilanzen sind nicht verordnungsfähig. Diese Leistung erstreckt sich jeweils über 24 Stunden und ist als eine Leistung anzusehen. Ergebnisse sind gemäß ärztlichem Behandlungsplan zu würdigen, Verlaufsprotokolle sind immer zu führen und durch die Ärztin oder den Arzt auszuwerten. Sie ist nur gesondert verordnungsfähig, wenn keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und/oder beim Ausscheiden erbracht wird.	1 x tägl., bis zu 3 Tage
16.	<b>Infusionen, i. v.</b>  Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.	Verlaufsbogen erforderlich.  Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle, intrathekale und subcutane Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.
17.	<b>Inhalation</b>  Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten, die mittels verordneter Inhalationshilfen (gemäß Hilfsmittelverzeichnis) als Aerosol oder als Pulver über die Atemwege inhaliert werden.		Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.
18.	<b>Injektionen</b>  - <b>i. v.</b> - <b>i. m.</b> Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten  - <b>s. c.</b> Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten	Die i. v. Injektion ist eine ärztliche Leistung.  Die s. c. Injektion ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Injektion aufzuziehen, zu dosieren und fachgerecht zu injizieren oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Injektionen nicht aufziehen, dosieren und fachgerecht injizieren können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Injektion aufzuziehen, zu dosieren und fachgerecht zu	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.

		<p>injizieren (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</li> </ul> <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Insbesondere bei Insulin- und Heparininjektionen ist vor der Verordnung dieser Leistung zu prüfen, ob eine eigenständige Durchführung mit Hilfe eines optimalen PEN/Fertigspritze (Selbstapplikationshilfe) – ggf. auch nach Anleitung – möglich ist.</p>	
19.	<p><b>Injektionen, Richten von</b></p> <p>Richten von Injektionen zur Selbstapplikation.</p>	<p>Das Richten der Injektion ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen.</p> <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>siehe Medikamentengabe (Nr. 26)</p>	
20.	<p><b>Instillation</b></p> <p>Tropfenweises Einbringen von ärztlich verordneten flüssigen Medikamenten in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, Körperöffnungen).</p>	<p>Bei Blaseninstillationen sind Blasenspülungen Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>siehe Blasenspülung (Nr. 9)</p>	
21.	<p><b>Kälteträger, Auflegen von</b></p> <p>Bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen.</p>	<p>Das Auflegen eines Kälteträgers ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, den Kälteträger vorzubereiten oder</li> <li>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie den Kälteträger nicht vorbereiten und nicht an den Ort seiner Bestimmung führen können oder</li> <li>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, den Kälteträger bereiten und an den Ort seiner Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientin-</li> </ul>	1- 3 Tage

		<p>nen und Patienten) oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</li> </ul> <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig (siehe § 34 SGB V).</p>	
22.	<p><b>Katheter, Versorgung eines suprapubischen</b></p> <p>Verbandwechsel der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– siehe Ausscheidung (Nr. 2)</li> <li>– siehe Stomabehandlung (Nr. 28)</li> </ul> <p>Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Erhaltung und Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung.</p>	
23.	<p><b>Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</b></p> <p>Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase.</p> <p>Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patientinnen und Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters.</p> <p>Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung</p>	<p>Die Katheterisierung mit dem Ziel der Restharnbestimmung sowie das Einlegen und Wechseln eines suprapubischen Katheters sind ärztliche Leistungen. siehe Ausscheidungen (Nr. 2)</p> <p>Die Schulungskatheterisierung ist bei Patientinnen und Patienten verordnungsfähig, die im Rahmen der vorhergehenden Behandlung nicht ausreichend geschult wurden und die Fähigkeit besitzen, die Selbstkatheterisierung zu erlernen.</p> <p>Die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung ist verordnungsfähig, wenn eine andere Methode der Harnableitung nicht zu besseren Ergebnissen führt bei Patientinnen und Patienten, die wegen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- oder Feinmotorik oder</li> <li>- eingeschränkter Sehfähigkeit oder</li> <li>- einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder eines Realitätsverlusts oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit</li> </ul> <p>die Katheterisierung nicht erlernen oder nicht selbständig durchführen können.</p>	<p>Dauerkatheterwechsel alle 3 - 4 Wochen</p> <p>max. 5 Tage</p>



		Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	
24.	<p><b>Krankenbeobachtung, spezielle</b></p> <p>Kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut über mindestens 24 Std. – in begründeten Fällen auch weniger - mit dem Ziel festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallender pflegerischen Maßnahmen.</p>	<p>Die Leistung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Sie ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</p> <p>Zu dieser Leistung gehört auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.</p> <p>Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.</p>	1 x pro Verordnung
25.	<p><b>Magensonde, Legen und Wechseln</b></p> <p>Legen und Wechseln einer Verweilsonde durch die Nase / den Mund zur Ableitung des Magensaftes oder zur Sicherstellung der enteralen Ernährung, wenn die normale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist.</p>	<p>siehe Ernährung (Nr. 3)</p> <p>siehe Ausscheidungen (Nr. 2)</p>	
26.	<p><b>Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</b></p>	<p>Die Medikamentengabe ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder</li> <li>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen können oder</li> <li>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</li> <li>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durch-</li> </ul>	<p>Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.</p> <p>Bei Folgeverordnungen ausführliche ärztl. Begründung.</p> <p>Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefundes erforderlich.</p>

	<p><b>Richten von ärztlich verordneten Medikamenten</b>, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten</b>, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume</li> <li>- <b>über den Magen-Darmtrakt</b> (auch über Magensonde)</li> <li>- <b>über die Atemwege</b></li> <li>- <b>über die Haut und Schleimhaut</b></li> <li>➤ <b>als Einreibungen</b> bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermatologischen Erkrankungen</li> <li>➤ <b>als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten</b> mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern und die ggf. erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben)</li> <li>➤ <b>zur Behandlung des Mundes</b>, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten</li> <li>➤ <b>zur Behandlung des Auges</b>, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom</li> </ul>	<p>zuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Das Richten der Arzneimittel erfolgt i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.</p> <p>Die Ohrensäubung ist eine ärztliche Tätigkeit.</p> <p>siehe Körperpflege (Nr. 4)</p> <p>Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.</p>	
27.	<p><b>Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei</b></p> <p>Wechsel der Schutzauflage bei PEG, Kontrolle der Fixierung und Durchgängigkeit, einschließlich Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung, und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente</p>	<p>siehe Ernährung (Nr. 3)</p>	

27a.	<p><b>Psychiatrische Krankenpflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Erarbeiten</b> der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau)</li>   <li>- <b>Durchführen</b> von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen</li>   <li>- <b>Entwickeln</b> kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen</li> </ul>	<p>Nur verordnungsfähig bei</p> <p>F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)</p> <p>F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>F01.1 Multiinfarkt-Demenz</p> <p>F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit</p> <p>F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</p> <p>F02.2 Demenz bei Chorea Huntington</p> <p>F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom</p> <p>F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit</p> <p>F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>F04.- Organischem amnestischen Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt</p> <p>F06.0 Organischer Halluzinose</p> <p>F06.1 Organischer katatoner Störung</p> <p>F06.2 Organischer wahnhafter Störung</p> <p>F06.3 Organischer affektiver Störungen</p> <p>F06.4 Organischer Angststörung</p> <p>F06.5 Organischer dissoziativer Störung</p> <p>F06.6 Organischer emotional labiler Störung</p> <p>F07.0 Organischer Persönlichkeitsstörung</p> <p>F07.1 Postenzephalitischem Syndrom</p> <p>F07.2 Organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma</p> <p>F20.- Schizophrenie</p> <p>F21.- Schizotyper Störung</p> <p>F22.- Anhaltender wahnhafter Störung</p> <p>F24.- Induzierter wahnhafter Störung</p> <p>F25.- Schizoaffektiver Störung</p> <p>F30.- Manischer Episode</p> <p>F31.- Bipolarer affektiver Störung mit Ausnahme von: F31.7 – F31.9</p> <p>F32.- Depressiver Episode mit Ausnahme von: F32.0, F 32.1 und F 32.9</p> <p>F33.- Rezidivierender depressiver Störung mit Ausnahme von: F33.0, F 33.1, F 33.4, F 33.8 und F33.9</p> <p>F41.0 Panikstörung, auch wenn sie auf sozialen Phobien beruht</p> <p>F41.1 Generalisierter Angststörung</p>	<p>bis zu 4 Monate bis zu 14 Einheiten pro Woche (abnehmende Frequenz)</p> <p>Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzu- legen.</p>
------	---	--	--

		<p>wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Fähigkeitsstörungen in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann und das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Störungen des Antriebs oder der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs</li> <li>- Einbußen bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Kontaktfähigkeit,</li> <li>- den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und Problem lösendes Denken,</li> <li>- dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik, dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen</li> </ul> </li> </ul>	
28.	<p><b>Stomabehandlung</b></p> <p>Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z. B. Urostoma, Anus-praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut</p>	<p>Bei Anus-praeter und Urostoma siehe Ausscheidungen (Nr. 2) siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22) siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) Bei Trachostoma siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (Nr. 29)</p>	
29.	<p><b>Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</b></p> <p>Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.</p>		
30.	<p><b>Venenkatheter, Pflege des zentralen</b></p> <p>Verbandwechsel der Punktionsstelle grundsätzlich mit Transparentverband, Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters, Beurteilung der Einstichstelle (einschließlich i. v. Porth-a-cath).</p>	<p>Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung.</p>	<p>1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband</p>

31.	<p><b>Verbände</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anlegen und Wechseln von Wundverbänden</b> Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen</li>   <li>- <b>Anlegen eines Kompressionsverbandes</b> (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger) / <b>auch An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen</b> der Kompressionsklassen II bis IV Bei mobilen Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses</li> </ul>	<p>Lokalisation und Wundbefund sind in der Diagnose anzugeben.</p> <p>Das „Überprüfen von Drainagen“ ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (z. B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Der Kompressionsverband ist verordnungsfähig, wenn aus anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.</p> <p>Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht anziehen können oder</li> <li>- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht anziehen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder</li> <li>- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder</li> <li>- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.</li> </ul> <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</p> <p>Der Verbandwechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.</p>	<p>Jeweils 1 x täglich</p>
-----	---	--	----------------------------

	- <b>Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden</b> zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss		Bis zu 2 Wochen jeweils 1 x täglich
--	---	--	--

<< Sachverzeichnis wird für das Stellungnahmeverfahren ergänzt;  
es hat sich im Vergleich zur vorherigen Fassung nicht geändert. >>

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

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess

#### 5.4.1.2 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens: Krankenbeobachtung

### **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer Entscheidung zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien: Krankenbeobachtung**

vom 22. Januar 2009

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V bzw. § 91 Abs. 5 SGB V vor seiner Entscheidung zur Änderung der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) in der Fassung vom 16. Februar 2000 (BAnz. 2000, S. 8878), zuletzt geändert am 17. Januar 2008/10. April 2008 (BAnz. 2008, S. 2028), einzuleiten.

Den Organisationen nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V und der Bundesärztekammer wird Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zu folgenden beabsichtigten Änderungen im Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien Stellung zu nehmen:

- I. Die Spalte „Leistungsbeschreibung“ unter Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Krankenbeobachtung, spezielle

- kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen
- Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut

einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.“

- II. Die Spalte „Bemerkung“ unter Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Die Leistung ist verordnungsfähig,

- wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder



- wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.

Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.

Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen.

Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.“

- III. Die Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ unter Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist:  
1 x pro Verordnung“

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

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess

### 5.4.1.3 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens: Kompressionsverband/-strümpfe

**Beschluss**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer**  
**Entscheidung zur Änderung der**  
**Häusliche Krankenpflege-Richtlinien:**  
**Kompressionsverband/-strümpfe**

vom 22. Januar 2009

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V bzw. § 91 Abs. 5 SGB V vor seiner Entscheidung zur Änderung der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) in der Fassung vom 16. Februar 2000 (BAnz. 2000, S. 8878), zuletzt geändert am 17. Januar 2008/10. April 2008 (BAnz. 2008, S. 2028), einzuleiten.

Den Organisationen nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V und der Bundesärztekammer wird Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zu folgenden beabsichtigten Änderungen im Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien Stellung zu nehmen:

- I. Der zweite Spiegelstrich „Anlegen eines Kompressionsverbandes (...)“ in der Spalte „Leistungsbeschreibung“ unter Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger)

- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV

Bei mobilen Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses“

- II. Die dem bisher zweiten Spiegelstrich zugehörigen Bemerkungen in der Spalte „Bemerkung“ unter Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie werden wie folgt gefasst:

„Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.

Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit

- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder
- einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- und ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder
- einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder
- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen.

Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.

Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.

Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)

Der Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.“

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

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess

#### **5.4.2 Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V)**

Folgende Organisationen besaßen zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens eine anerkannte Stellungnahmeberechtigung vor abschließenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den HKP-Richtlinien:

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABPV)
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (BAH)
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp)
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK)
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesverband e. V. (DBfK)
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e. V. (Der Paritätische)
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

### 5.4.3 Anschreiben an die zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

gemäß § 91 SGB V  
Veranlasste Leistungen

**Besuchsadresse:**  
Auf dem Seidenberg 3a  
53721 Siegburg

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Sandra Carius  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
02241 9388280

**Telefax:**  
02241 938836

**E-Mail:**  
sandra.carius@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
Ca

**Datum:**  
30. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg

An die stellungnahmeberechtigten Insti-  
tutionen nach § 92 Abs. 7 S. 2 SGB V

#### **Häusliche Krankenpflege-Richtlinien – Stellungnahmeverfahren vor einer Entschei- dung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinien-Änderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, das nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V i. V. m. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA (Fassung vom 18. April 2006) vorgesehene Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung über folgende Änderungen der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) einzuleiten:

- D. Redaktionelle Änderung
- E. Krankenbeobachtung
- F. Kompressionsverband/-strümpfe

Die drei Beschlüsse des G-BA und die jeweiligen Beschlussbegründungen („Tragende Gründe“) sind beigefügt. Aus den „Tragenden Gründen“ erfahren Sie Hintergründe und Einzelheiten zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen.

Sie erhalten hiermit Gelegenheit, zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen bis zum

**4. März 2009**

Stellung zu nehmen. Mit Abgabe einer Stellungnahme erklären Sie sich bereit, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann. Ihre Stellungnahmen richten Sie bitte (möglichst) in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mail-Adresse:

**HKP-RL@g-ba.de**



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien in ihrer bisher aktuellen Fassung (ohne vorgesehene Änderungen) können Sie im Internet unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/) abrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Rainer Hess  
Vorsitzender des Unterausschusses  
Veranlasste Leistungen

**Anlagen:**

- A    1. Beschluss Redaktionelle Änderung  
      2. Tragende Gründe Redaktionelle Änderung
- B    1. Beschluss Krankenbeobachtung  
      2. Tragende Gründe Krankenbeobachtung
- C    1. Beschluss Kompressionsverband/-strümpfe  
      2. Tragende Gründe Kompressionsverband/-strümpfe

## 5.4.4 Anschreiben an die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

gemäß § 91 SGB V  
Veranlasste Leistungen

**Besuchsadresse:**  
Auf dem Seidenberg 3a  
53721 Siegburg

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Sandra Carius  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
02241 9388280

**Telefax:**  
02241 938836

**E-Mail:**  
sandra.carius@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
Ca

**Datum:**  
30. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg

Bundesärztekammer  
Frau Dr. Klakow-Franck  
Dezernat III  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

**Ausgang am:**

**30. Jan. 2009**

Verteiler :  
Versandt von:  
Ablage AZ:

### **Häusliche Krankenpflege-Richtlinien – Stellungnahmeverfahren vor einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinien-Änderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, das nach § 91 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA (Fassung vom 18. April 2006) vorgesehene Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung über folgende Änderungen der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) einzuleiten:

- A. Redaktionelle Änderung
- B. Krankenbeobachtung
- C. Kompressionsverband/-strümpfe

Die drei Beschlüsse des G-BA und die jeweiligen Beschlussbegründungen („Tragende Gründe“) sind beigelegt. Aus den „Tragenden Gründen“ erfahren Sie Hintergründe und Einzelheiten zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen.

Sie erhalten hiermit Gelegenheit, zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen bis zum

**4. März 2009**

Stellung zu nehmen. Mit Abgabe einer Stellungnahme erklären Sie sich bereit, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann.



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

Ihre Stellungnahmen richten Sie bitte an

**Gemeinsamer Bundesausschuss  
Dr. Sandra Carius  
Postfach 1763  
53707 Siegburg**

sowie (möglichst) auch in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mail-Adresse:

**HKP-RL@g-ba.de**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien in ihrer bisher aktuellen Fassung (ohne vorgesehene Änderungen) können Sie im Internet unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/) abrufen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Rainer Hess  
Vorsitzender des Unterausschusses  
Veranlasste Leistungen

**Anlagen:**

- A     1. Beschluss Redaktionelle Änderung  
       2. Tragende Gründe Redaktionelle Änderung
- B     1. Beschluss Krankenbeobachtung  
       2. Tragende Gründe Krankenbeobachtung
- C     1. Beschluss Kompressionsverband/-strümpfe  
       2. Tragende Gründe Kompressionsverband/-strümpfe



## 5.4.5 Erläuterungen für die Stellungnehmer

### 5.4.5.1 Erläuterungen für die Stellungnehmer: Redaktionelle Änderung

#### **Tragende Gründe**

#### **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien: Redaktionelle Änderung**

Vom 22. Januar 2009

#### **1 Rechtsgrundlagen**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege.

Die Neufassung der HKP-Richtlinien setzt den Beschluss des G-BA nach § 91 Abs. 2 SGB V vom 21. Juni 2005 um. Danach soll die Bezeichnung Richtlinie im Singular verwendet werden, der G-BA als Normgeber angegeben werden, eine Inhaltsübersicht der Richtlinie vorangestellt werden und eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Muster unter Benennung von Paragraphen, Absätzen und Sätzen erfolgen. Weiterhin wird mit der Überarbeitung der Richtlinien und dessen Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) der Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 umgesetzt. Danach soll bei der Abfassung von Richtlinien dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern Rechnung getragen werden.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer und Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzu beziehen.

#### **2 Eckpunkte der Entscheidung**

Die wesentlichen redaktionellen Änderungen betreffen den Aufbau der HKP-Richtlinien hinsichtlich ihrer Gliederung nach Abschnitten, Paragraphen, Absätzen und Sätzen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die besonderen Regelungen zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege bei psychischen Krankheiten ohne inhaltliche Änderung in einem gesonderten Paragraphen 4 zusammengefasst. Im § 3 verbleiben die allgemeinen Versorgungsregeln. Im Übrigen konnten die bisherigen Abschnittsüberschriften (I. bis VIII.) nahezu wortgleich als Paragraphenüberschriften verwendet werden.

Zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern wurden in den HKP-Richtlinien und dessen Leistungsverzeichnis geschlechtliche Paarformen eingefügt. Zudem wurden vereinzelt klarstellende Korrekturen oder Ergänzungen am Ausdruck vorgenommen. Der bisherige Abschnitt „VIII. Inkrafttreten“ der HKP-Richtlinien ist entbehrlich und wurde gestrichen.

### 3 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA HKP	11.06.2008	Redaktionelle Anpassung der HKP-Richtlinien
UA Veranlasste Leistungen	21.10.2008	Beschlussentwurf zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor Änderung der HKP-Richtlinien
G-BA	22.01.2009	Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens – Redaktionelle Änderungen der HKP-Richtlinien

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess

## 5.4.5.2 Erläuterungen für die Stellungnehmer: Krankenbeobachtung

### Tragende Gründe

#### **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien: Krankenbeobachtung**

Vom 22. Januar 2009

### **3 Rechtsgrundlagen**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist den HKP-Richtlinien ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigefügt.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

### **4 Eckpunkte der Entscheidung**

Nach den bisherigen Regelungen der HKP-Richtlinien sind Krankenbeobachtungsleistungen grundsätzlich nur nach Maßgabe der Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses („spezielle Krankenbeobachtung“) verordnungsfähig. Sie umfassen die kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktion, allerdings nur mit dem Ziel, festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung setzt dabei voraus, dass aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und dass erst aufgrund eines über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Protokolls die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung getroffen werden kann.

Die allgemeine Krankenbeobachtung wird dagegen in der Einleitung vor Nr. 1 des Leistungsverzeichnisses als nicht gesondert verordnungsfähig bezeichnet. Seit der Neufassung der Nr. 3 der HKP-Richtlinien (Öffnungsklausel) sind allerdings in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen auch nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen verordnungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.

In seinem Urteil vom 10 November 2005 (Az.: B 3 KR 38/04 R) hat das BSG klargestellt, dass die ständige Krankenbeobachtung Teil der häuslichen Krankenpflege sein kann, wenn sie notwendig ist, um bei lebensbedrohlichen Zuständen sofort eingreifen zu können. Wenn das Leistungsverzeichnis dagegen die allgemeine Krankenbeobachtung grundsätzlich als nicht verordnungsfähig ausschließt, steht dies damit für sich genommen im Widerspruch zur höchstrichterlichen Rechtsprechung. Daher war eine Anpassung des Leistungsverzeichnisses angezeigt.

### 3 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA HKP	14.06.2007	Anpassung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien – a) Allgemeine Krankenbeobachtung und Prophylaxen in den HKP-Richtlinien (...)
UA HKP	04.12.2007	Einrichtung einer AG Krankenbeobachtung
AG Krankenbeobachtung	09.04.2008	Allgemeine und spezielle Krankenbeobachtung im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien
UA HKP	11.06.2008	Vorschlag der AG Krankenbeobachtung – Änderung der Nr. 24 im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien
UA Veranlasste Leistungen	21.10.2008	anstehende Beratungsthemen im Rahmen der konstituierenden Sitzung, hier: Redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung der HKP-Richtlinien
UA Veranlasste Leistungen	10.12.2008	Beschlussentwurf zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor Änderung der HKP-Richtlinien
G-BA	22.01.2009	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens – Krankenbeobachtung (Nr. 24)

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

### 5.4.5.3 Erläuterungen für die Stellungnehmer: Kompressionsverband/-strümpfe

#### **Tragende Gründe**

#### **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien: Kompressionsverband/-strümpfe**

Vom 22. Januar 2009

#### **1 Rechtsgrundlagen**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dienen der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist den HKP-Richtlinien ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 S. 2 SGB V dem in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V bezeichneten Kreis der Spitzenorganisationen der Pflegedienste und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

#### **2 Eckpunkte der Entscheidung**

Das Anlegen eines Kompressionsverbandes im Sinne der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses gehört unabhängig davon zur Behandlungspflege, welche Kompressionsstärke durch den Verband erreicht werden soll. Dies gilt unbeschadet der Tatsache, dass das Anlegen eines Kompressionsverbandes nur als subsidiäre Leistung in Betracht kommt, wenn das Anlegen von Kompressionsstrümpfen (gleich welcher Kompressionsklasse) aus anatomischen Gründen im Einzelfall nicht statthaft ist.

Diese Rechtslage lässt sich zwar durchaus aus der bisherigen Richtlinienfassung erkennen. Gleichwohl ist eine Regelungsstruktur zu bevorzugen, die von vornherein Klarheit für die Richtlinienanwender schafft. Diese war angesichts einer eingegangenen anwaltlichen Anfrage nicht hinreichend gegeben. Gleiches gilt vor dem Hintergrund, dass in Nr. 4 des Leistungsverzeichnisses als Leistung der Grundpflege das An- und Ausziehen von konfektionierten, teilkonfektionierten und maßgefertigten Bandagen aufgeführt ist und damit der unrichtige Gesamteindruck entstehen könnte, Kompressionsverbände mit geringerer Stärken könnten ebenso der Grundpflege zugerechnet werden.

Eine entsprechende Klarstellung erfolgt dadurch, dass in Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen nicht nur durch Schrägstrich sondern durch die Aufnahme in einen eigenen Spiegelstrich vom Anlegen eines Kompressionsverbandes abgegrenzt wird.

Die derzeitige Formulierung „Anlegen eines Kompressionsverbandes“ führte darüber hinaus zu Rechtsstreitigkeiten hinsichtlich der Vergütung der Abnahme eines Kompressionsverbandes. Deshalb wird nunmehr auch das Abnehmen des Kompressionsverbandes unter den in der Bemerkungsspalte genannten Voraussetzungen als Maßnahme der Häuslichen Krankenpflege aufgeführt.

### 3 Verfahrensablauf

<b>Gremium</b>	<b>Datum</b>	<b>Beratungsgegenstand</b>
UA HKP	11.06.2008	Verordnungsfähigkeit von Kompressionsstrümpfen und -verbänden
UA Veranlasste Leistungen	21.10.2008	Redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung der HKP-Richtlinien
UA Veranlasste Leistungen	10.12.2008	Beschlussentwurf zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor Änderung der HKP-Richtlinien
G-BA	22.01.2009	Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens: Kompressionsverband/-strümpfe (Nr. 31)

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess