

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Vom 15. August 2019

Inhalt

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

1 Rechtsgrundlagen

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

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

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Einleitung

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

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

2.2 Umsetzung des gesetzlichen Auftrages

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

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

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

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

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

2.2.1 Änderung in § 1 Absatz 3

In § 1 Absatz 2 der bisher gültigen Fassung der HKP-RL werden die Orte, an denen häusliche Krankenpflege zuverlässig erbracht werden kann, geregelt. Eine Versorgung außerhalb des Haushalts ist demnach an sonstig geeigneten Orten möglich, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen gerade dort notwendig sind, dass also ein Abwarten bis zur Rückkehr des Versicherten in seinen Haushalt aus medizinischen Erwägungen nicht statthaft wäre (vgl. Beschluss vom 17.01.2008).

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

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

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

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

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

2.2.2 Änderung in § 3

Der neu eingefügte Absatz 4 dient der Klarstellung der Rechtslage.

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

2.2.3 Änderung in § 7

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

2.2.4 Änderungen des Leistungsverzeichnisses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Besonderheiten zu den einzelnen Leistungsnummern werden nachfolgend genannt.

2.2.4.1 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Zur Nomenklatur:

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

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

Zu den Verordnungsvoraussetzungen:

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

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

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

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

2.2.4.2 Nummer 31 Wundversorgung einer akuten Wunde

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

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

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

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

Bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten ist davon auszugehen, dass diese Wunden einen unkomplizierten Heilungsverlauf nehmen. Die Versorgung dieser Wunden ist in der

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

Regel durch Pflegefachkräfte möglich; eine darüberhinausgehende Qualifikation ist grundsätzlich nicht erforderlich.

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

2.2.4.3 Nummer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

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

Chronische und schwer heilende Wunden können insbesondere sein:

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

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

Zur Anleitung gemäß Nr. 31a

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

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

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

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

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

Durch die Einfügung des Begriffes „soll“ wird dennoch ermöglicht, dass im Einzelfall auch nicht spezialisierte Pflegedienste die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden entsprechend Nr. 31a versorgen können, wenn kein auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisierter Pflegedienst die Versorgung übernehmen kann. Sollte die Versorgung nach Nr. 31a durch einen nicht spezialisierten Pflegedienst erfolgen, sind kürzere Verordnungszeiten und eine engmaschige Kontrolle sinnvoll.

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

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

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

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

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

3 Würdigung der Stellungnahmen

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

Im Ergebnis der Auswertung wurden folgende Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen:

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

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

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

„In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Bürokratiekostenermittlung

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

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

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

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

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

5 Verfahrensablauf

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

Berlin, den 15. August 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken