



# Zusammenfassende Dokumentation

## **Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen**

**Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 und weitere Änderungen**

Stand: 21. Juli 2022

Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Inhaltsverzeichnis**

<b>A</b>	<b>Tragende Gründe und Beschluss .....</b>	<b>1</b>
<b>A-1</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>1</b>
<b>A-2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>1</b>
A-2.1	Zur Änderung des Beschlusses vom 19. November 2021 und zu § 1 Absatz 7.....	1
A-2.2	Zu § 5a (neu): .....	2
A-2.3	Zu § 5a Absatz 1: .....	2
A-2.4	Zu § 5a Absatz 2: .....	25
A-2.5	Zu § 5a Absatz 3: .....	25
A-2.6	Zu § 5a Absatz 5: .....	25
A-2.7	Zu § 6 Absatz 2 und Absatz 4 und § 9 Absatz 1: .....	25
A-2.8	Zu § 7 Absatz 4a: .....	26
A-2.9	Zum Sachverzeichnis .....	26
A-2.10	Zum Inkrafttreten .....	26
<b>A-3</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>26</b>
<b>A-4</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>27</b>
<b>A-5</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>27</b>
<b>A-6</b>	<b>Beschluss vom 21. Juli 2022 .....</b>	<b>28</b>
<b>A-7</b>	<b>Prüfung durch das BMG.....</b>	<b>32</b>
<b>B</b>	<b>Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA .....</b>	<b>33</b>
<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....</b>	<b>33</b>
<b>B-2</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens .....</b>	<b>33</b>
<b>B-3</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>33</b>
<b>B-4</b>	<b>Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen.....</b>	<b>33</b>
<b>B-5</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>34</b>
B-5.1	Beschlussentwurf .....	35
B-5.2	Tragende Gründe .....	39
B-5.3	Stellungnahme Fachberatung Medizin.....	61
<b>B-6</b>	<b>Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen .....</b>	<b>114</b>
B-6.1	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	114
B-6.1.1	Allgemein/Sonstiges .....	114
B-6.1.2	Zu § 1 Absatz 7 Satz 6 bzw.§ 1 Absatz 7 Satz 2 (Fassung ab 31. Oktober 2023) ...	119
B-6.1.3	Zu § 5a .....	122

B-6.1.4	Zu § 6 .....	144
B-6.1.5	Zu § 7 .....	149
B-6.1.6	Zu § 9 .....	166
B-6.1.7	Zum Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) .....	166
B-6.1.8	Zum Sachverzeichnis .....	246
B-6.1.9	Zum Inkrafttreten.....	248
<b>B-7</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>249</b>
B-7.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	249
B-7.2	Mündliche Stellungnahmen.....	251
B-7.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	262
<b>B-8</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>262</b>
<b>C</b>	<b>Anhang 1 – Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen .....</b>	<b>263</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
FBMed	Fachberatung Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-IPReG	Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
HKP-RL	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
LV	Leistungsverzeichnis
o. g.	oben genannt
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SGB XI	Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
vgl.	vergleiche
ZD	Zusammenfassenden Dokumentation

## **A Tragende Gründe und Beschluss**

### **A-1 Rechtsgrundlage**

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss

(G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigefügt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde der G-BA in § 37 Absatz 8 (neu) SGB V beauftragt, in der HKP-RL Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL verordnungsfähigen Maßnahmen zu regeln, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können. Darüber hinaus hat der G-BA Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen vorzusehen. Hierfür wird dem G-BA gesetzlich eine Beratungsfrist bis zum 31. Juli 2022 eingeräumt.

### **A-2 Eckpunkte der Entscheidung**

Die HKP-RL sieht in § 3 Absatz 2 Satz 2 vor, dass bei Verordnung von häuslicher Krankenpflege unter anderem Beginn, Häufigkeit und Dauer der zu erbringenden Leistungen von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt angegeben werden. Mit der Änderung der HKP-RL setzt der G-BA den Auftrag in § 37 Absatz 8 SGB V um. Nunmehr sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können. Die neue Regelung in § 5a enthält Rahmenvorgaben zur Häufigkeit und Dauer der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt.

#### **A-2.1 Zur Änderung des Beschlusses vom 19. November 2021 und zu § 1 Absatz 7**

Der G-BA wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 20. Januar 2022 anlässlich des Beschlusses vom 19. November 2021 zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege (BAnz AT 25.03.2022 B1) um Überprüfung der vorliegenden Regelung gebeten.

Die Änderungen dienen der sprachlichen Klarstellung, weil eine Leistungserbringung nicht durch die Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI als solche erfolgen kann. Inhaltlich ändert sich die Vorschrift durch die Neuformulierung demzufolge nicht.

Die in Abschnitt II Nummer 1 verankerte Änderung von § 1 Absatz 7 Satz 6 greift dieses Anliegen des BMG auf und setzt es bereits für die Zeit vor Inkrafttreten des Beschlusses vom 19. November 2021 in der geltenden Richtlinie um. Mit der gemäß Abschnitt I vorgenommenen Änderung des Beschlusses vom

19. November 2021 wird demselben Anliegen Rechnung getragen, indem der Wortlaut dieses Änderungsbeschlusses entsprechend angepasst wird. Damit wird gewährleistet, dass die durch den Beschluss vom 19. November 2021 (in seiner hiermit geänderten Fassung) vorgenommene Änderung der HKP-RL unmittelbar mit Inkrafttreten dem beschriebenen Anliegen des BMG entspricht und es keiner nachträglichen Änderung bedarf.

#### **A-2.2 Zu § 5a (neu):**

In § 5a (neu) Absatz 1 HKP-RL wird auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Leistungsverzeichnis verwiesen, deren erforderliche Häufigkeit und Dauer entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können.

Der G-BA hat zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages nach § 37 Absatz 8 SGB V geprüft, welche der Pflegemaßnahmen des Leistungsverzeichnisses (LV) sich grundsätzlich für eine eigenständige Entscheidung der Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräfte eignen. Hierbei wurden folgende Aspekte in die Bewertung einbezogen:

- Gefahrgeneigntheit einer Kompetenzerweiterung bei der konkreten Maßnahme
- Nähe zur pflegerischen bzw. ärztlichen Kompetenz
- Abgrenzbarkeit der pflegerischen von der ärztlichen Verantwortung
- Einbettung in den ärztlichen Therapieplan (soweit Bestandteil der medizinischen Behandlungspflege)

Welche der Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis sich für eine eigenständige Entscheidung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte eignen, ist im Leistungsverzeichnis der HKP-RL in einer gesonderten Spalte gekennzeichnet. In der Regelung des § 5a (neu) Absatz 1 HKP-RL wird auf diese Kennzeichnung im Leistungsverzeichnis verwiesen.

#### **A-2.3 Zu § 5a Absatz 1:**

Der G-BA hat sich mit den Grundlagen der Pflegeausbildung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Berufsbezeichnungen umfassend auseinandergesetzt. Bei der Festlegung der Maßnahmen, bei denen die Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräfte festgelegt werden können, hat sich der G-BA an den in den Grundlagen der Pflegeausbildung festgelegten Ausbildungsinhalten orientiert.

Die eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer kann nur durch Pflegefachkräfte erfolgen, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen. Da bei der Entscheidung des G-BA diese Rahmenempfehlungen noch nicht vorlagen, ist der G-BA bei der Festlegung der Leistungen nach § 37 Absatz 8 SGB V als Mindestvoraussetzung davon ausgegangen, dass die fachlichen Anforderungen für eine eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer nur gewährleistet sind, wenn die durchführenden Pflegefachkräfte eine mindestens 3-jährige Ausbildung vorweisen und einschlägige Berufserfahrung besitzen.

Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der ambulanten pflegerischen Versorgung erfolgt. Hier von unberührt bleibt allerdings die bereits bei Berufsabschluss vorliegende Kompetenz für die Erbringung der pflegerischen Leistungen an sich. Das Nähere zu Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, regeln die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V.

Nachfolgend ist dargestellt und begründet, welche der Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis sich für eine eigenständige Entscheidung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte eignen und welche nicht:

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
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>	Anleitung bis zu 5 x verordnungsfähig	ja	<p><b>zu den Nummern 1 bis 5</b> (ausgenommen Nr. 3 zweiter Spiegelstrich):</p> <p>Gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte im Sinne des Pflegeberufegesetzes. Daher und aufgrund ihrer Tätigkeit und Nähe zu den Patientinnen und Patienten können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung für alle Leistungen der Grundpflege (mit Ausnahme der Nr. 3 zweiter Spiegelstrich) über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.</p>
2.	<p><b>Ausscheidungen:</b></p> <p>– <b>Ausscheidungen, Hilfe beim</b> Ausscheiden und der Beseitigung von Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und auch Mageninhalt, z. B.:</p> <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),</li> <li>→ Wechsel des Katheterbeutels,</li> <li>→ Reinigung und Versorgung des Urostoma,</li> </ul>	nein	ja	siehe Begründung Nr. 1

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>→ Reinigung und Versorgung des Anus-praeter,</p>			
	<p>– <b>Kontinenztraining, Toilettentraining</b> (Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan). Die Uhrzeiten sind in einem Erfassungsbogen zu dokumentieren.</p> <p>→ der <b>Harnblase</b>. Die Blasenentleerungszeiten sind im Abstand zur Einnahme von Flüssigkeit je nach Wohnheit der Patientin oder des Patienten einzupendeln, anfänglich mindestens zweistündlich. Angestrebt wird eine viermalige Blasenentleerung pro Tag.</p> <p>→ des <b>Enddarms</b>. Die Darmentleerungszeiten sind je nach Wohnheit der Patientin oder 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</li> </ul>			

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).			
3.	<b>Ernährung beinhaltet:</b>	nein	<b>Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei:</b> ja, sofern orale Zufuhr erfolgt	<b>Zur Hilfe bei Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr</b> siehe Begründung Nr. 1, reine pflegerische Hilfe bei Nahrungszufuhr.
	<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>		<b>Sondennahrung, Verabreichen von [...]:</b> nein	<b>Zur Verabreichung von Sondennahrung [...]:</b> Die Rahmenbedingungen einer Verabreichung von Sondennahrung (Art, Menge, Häufigkeit, Zeitpunkt der Nahrungszufuhr, Dauer) legt die Ärztin oder der Arzt fest.
	<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, Beintiefenlagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),</li> </ul>			Anpassung oder Abweichungen von diesem Behandlungsplan erfolgen durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt und sind von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt individuell eingeschätzt werden.  Eine Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation und ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems kann durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung eingeschätzt werden.

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<ul style="list-style-type: none"> <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>			
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> <li>- ggf. <b>Pflege einer Augenprothese,</b></li> <li>- ggf. <b>Mundpflege als Prophylaxe</b> bei abwehrschwächten und/oder im Allgemeinzustand stark reduzierten Patientinnen oder Patienten,</li> <li>- <b>An- oder Auskleiden</b> (Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- oder Ausziehen der Kleidung, von Strümpfen, von Strumpfhosen, das An- und Ablegen von Prothesen 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,</li> </ul>	nein	ja	Siehe Nr. 1

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),			
	<ul style="list-style-type: none"> <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>			
5.	<b>Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet:</b>	nein	ja	Aufgrund ihrer Nähe zu den Patientinnen und Patienten können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung für Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung personen- und situationsorientiert über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.
	Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung).			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
6.	<p><b>Absaugen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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.</li> <li>- <b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage)</b> Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.</li> </ul>	nein	<p><b>Absaugen der oberen Luftwege [...]: ja</b></p> <p><b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage) [...]: nein</b></p>	<p><b>Absaugen der oberen Luftwege [...]:</b> Da bei dieser Leistung eine individuell sehr unterschiedliche und spontane Leistungserbringung notwendig ist, sollte die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort dies entscheiden dürfen.</p> <p><b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage) [...]:</b> Es handelt sich insbesondere bei der <b>Bronchialtoilette</b> um einen Risikofaktor für beatmungsassoziierte Pneumonien. Häufigkeit und Dauer sind daher in Abhängigkeit von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes individuell abzuwägen. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt eingeschätzt werden. Bei diesem Vorgehen handelt es zudem zumeist nicht um eine spontane Leistungserbringung, sondern um einen in der Frequenz weitestgehend planbaren Eingriff, der unter der Gewährleistung einer adäquaten Schmerzmedikation durchzuführen ist.</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>	Bis zu 10 x Anleitung verordnungsfähig	ja	Beurteilung der Häufigkeit und Dauer durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung in Abhängigkeit der vorhandenen Ressourcen/Anleitungssituation

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
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>	nein	nein	<p>Die Rahmenbedingungen legt die Ärztin oder der Arzt fest.</p> <p>Insbesondere die Anpassung des Beatmungsgerätes an Vitalparameter bedarf einer engmaschigen Einbeziehung und Steuerung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Die Steuerung ist von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt eingeschätzt werden. Daher muss die Häufigkeit und Dauer durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt festgelegt werden.</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>	Bis zu 3 Tage	nein	Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen einschließlich der Dauer und der Frequenz ist hier der ärztliche Behandlungsplan maßgebend, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.
10.	<p><b>Blutdruckmessung</b></p> <p>bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus.</p>	Bis zu 7 Tage	nein	Siehe Nr. 9
11.	<p><b>Blutzuckermessung</b></p> <p>Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes</p>	<p>Bis zu 3x tägl.</p> <p>Bei Erst- und Neueinstellung:</p>	nein	Siehe Nr. 9

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	kapillaren Blutes mittels Testgerät (z.B. Glucometer)	bis zu 4 Wochen		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettenpflichtig)</li> <li>- bei Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie</li> </ul>	Bemerkung: Die Häufigkeit der Blutzuckermessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.		
<b>11a</b>	<b>Interstitielle Glukosemessung</b>	Bemerkung: Die Häufigkeit der Glukosemessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplans in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	nein	Siehe Nr. 9
	bei Durchführung einer Intensivierten Insulintherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes mittels Testgerät</li> <li>- Sensorwechsel bei Bedarf</li> <li>- Kalibrierung bei Bedarf</li> </ul>			
<b>12.</b>	<b>Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</b>	Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage.	ja	Die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann hierzu eine fachliche Einschätzung vornehmen. Daher kann sie über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen. Diese Einschätzung wird auch in der Gesetzesbegründung zum GVWG geteilt.
	Ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.	Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen je-weils bis zu 4 Wochen.		
<b>13.</b>	<b>Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b>	1-2 x tägl.	ja	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Überprüfen von Lage, Sekretfluss sowie von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.			Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Dauer der Einlage von Drainagen bzw. Laschen kann bei bestimmten Wunden standardisiert sein (z.B. nach OP 2-3 Tage), bei anderen Wunden kann die Dauer der Einlage von Laschen bzw. Drainagen von der individuellen Wundheilung abhängig sein. Entsprechende Standards sind Pflegefachkräften aufgrund der Berufsausbildung bekannt. Insbesondere die Häufigkeit der Überprüfung der Lage sowie des Sekretflusses und der Wechsel des Sekretbehälters können von der individuellen Entwicklung des Sekretflusses abhängig sein. In Abhängigkeit davon kann die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung aufgrund der Beobachtungen vor Ort über die Häufigkeit und ggf. über die Dauer entscheiden.
14.	<b>Einlauf/Klistier/Klysm/digitale Enddarmausräumung</b>  bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	Einlauf/Klistier/Klysm bis zu 2 x wöchentlich  digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung	ja	Dies sind nicht planbare Leistungen, daher ist eine Entscheidung der entsprechend qualifizierten Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort sinnvoll, um ggf. eine situative Anpassung der Empfehlung durch diese vorzunehmen.
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.	1 x tägl.,  bis zu 3 Tage	nein	Siehe Nr. 9

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
16.	<p><b>Infusionen, i. v.</b></p> <p>Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang oder des ärztlich punktierten <i>Port-a-cath</i> zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.</p>	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.	nein	Siehe Nr. 9
16a	<p><b>Infusionen, S.c.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution,</li> <li>- Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge,</li> <li>- Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.</li> </ul>	Bis zu 7 Tage	nein	Siehe Nr. 9
17.	<p><b>Inhalation</b></p> <p>Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten, die mittels verordneter Inhalationshilfen (gemäß Hilfsmittelverzeichnis) als Aerosol oder als Pulver über die Atemwege inhaliert werden.</p>	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates	nein	Siehe Nr. 9
18.	<p><b>Injektionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>i. v.</b></li> <li>- <b>i. m.</b></li> </ul>	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates	nein	Siehe Nr. 9

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten.			
	- <b>s. c.</b> Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten.			
19.	<b>Injektion, Richten von</b>	nein	nein	Siehe Nr. 9
	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation.			Die Verordnung des Medikamentes erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt
20.	<b>Instillation</b>	nein	nein	Siehe Nr. 9
	Tropfenweises Einbringen von ärztlich verordneten flüssigen Medikamenten in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, Körperöffnungen).			Die Medikamentengabe erfolgt nach ärztlicher Vorgabe.
21.	<b>Kälteträger, Auflegen von</b>	1-3 Tage	ja	Die Wirkungsweise und der Einsatz einfacher physikalischer Maßnahmen wie das Auflegen von Kälteträgern ist Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. In Abhängigkeit von der Beobachtung durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort kann diese über Häufigkeit und Dauer der Maßnahme selber entscheiden.
	Bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen.			
22.	<b>Katheter, Versorgung eines suprapubischen</b>	nach Neuanlage für bis zu 14 Tage	ja	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft, ebenso die Versorgung eines suprapubischen Katheters. Die Versorgung der Wunde bzw. des suprapubischen Katheters erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbil-
	Verbandwechsel der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente - nach Neuanlage,			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	- bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle.			dung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.
<b>23.</b>	<b>Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</b>	Dauerkatheterwechsel alle 3 - 4 Wochen	ja	Die allgemeinen Prinzipien der Katheterisierung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Katheterisierung ist abhängig von der Zielsetzung der Katheterisierung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Bedarf. Dieser kann von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen. Um in akuten Situationen adäquat reagieren zu können, sollte es der Pflegefachkraft eine Entscheidung im Sinne von Dauer und Häufigkeit ermöglicht werden.
	Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase.			
	Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patientinnen und Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters.	max. 5 Tage		
	Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung.	nein		
<b>24.</b>	<b>Krankenbeobachtung, spezielle</b>	Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist:  1 x pro Verordnung	nein	Die Festlegung der Dauer erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt. Die Leistungsnummer nach den Vorgaben der HKP-RL besteht bis zum 30. Oktober 2023.
	- kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen  - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck,			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.</p>			<p>Die Dauer der Verordnung im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung hängt von verschiedenen Faktoren ab. So kann die Versorgung von beatmungspflichtigen oder trachealkanülierten Versicherten so lange erforderlich sein, bis die Einweisung in eine Entwöhnungs-einrichtung angezeigt ist. Die Frage, wann ein Weaning oder eine Dekanülierung möglich sind, ist eine ärztliche Einschätzung. Daher kann die Häufigkeit und Dauer der speziellen Krankenbeobachtung nur von der Ärztin oder dem Arzt festgelegt werden.</p>
<b>24a</b>	<p><b>Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten</b></p> <p>Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation</li> <li>- Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden</li> <li>- Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen</li> </ul> <p>Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.</p>	<p>Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage.</p> <p>Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus möglich.</p>	nein	<p>Eine enge Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt ist notwendig. Die Häufigkeit erfolgt nach Bedarf. Die Dauer der Leistung ist von der Ärztin oder dem Arzt festzulegen. Dadurch soll eine kontinuierliche ärztliche Anbindung sichergestellt werden.</p>
<b>25.</b>	<b>Magensonde, Legen und Wechseln</b>	nein	nein	Siehe Nr. 9

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	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.			
26.	<b>Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</b>	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.	nein	Die Verordnung des Medikaments erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt.
	<b>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten</b> , wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume	Bei Folgeverordnungen ärztliche Begründung.  Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefunds erforderlich.		Siehe Nr. 9
	<b>2. 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, <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>	nein	nein	Siehe Nr. 9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten</b> mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatolo-</li> </ul>			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>gischen Krankheitsbildern und die gegebenenfalls erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>zur Behandlung des Mundes</b>, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten,</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>zur Behandlung des Auges</b>, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom.</li> </ul>			
<b>26a</b>	<b>Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose</b>	Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5 bis 7 Tage).	nein	Eine Bestimmung von Häufigkeit und Dauer dieser Maßnahme durch Pflegefachkräfte ist nicht möglich. Die Inhalte und Rahmenbedingungen dieser Leistung sind weitgehend vorgegeben, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung Sanierung/Eradiation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels</li> <li>→ Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung</li> <li>→ Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen</li> <li>→ In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Er-</li> </ul> </li> </ul>	<p>Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.</p>		<p>Die Leistung ist ausgerichtet an einem ärztlichen Sanierungsplan. Neue Verordnungen sind nur möglich, wenn die oder der Versicherte weiterhin kolonisiert ist. Dies stellt die Ärztin oder der Arzt mittels labor-diagnostischer Untersuchungen fest. Gemäß der Spalte „Dauer und Häufigkeit“ sind vor der erneuten Verordnung außerdem die Gründe für die fehlgeschlagene Sanierung zu eruieren. Dies ist eine ärztliche Aufgabe.</p>

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	bringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft			
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>	nein	ja	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Ebenso der Umgang mit einer PEG-Sonde. Die Versorgung der Wunde bzw. der PEG-Sonde erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.
27a	<p><b>Psychiatrische häusliche 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>Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten</b> zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen</li> </ul>	Ist ein Ordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten erforderlich (Verlängerung), ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die psychiatrische häusliche Krankenpflege weiterhin auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv einwirken, die Versicherte oder	nein	<p>Siehe Nr. 9</p> <p>Die pHKP erfolgt im Rahmen der ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung. Die Frage, wie lange ein Unterstützungsbedarf besteht, entscheidet die Ärztin oder der Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut gemäß des Behandlungsplans.</p>

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Unterstützung</b> zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.</li> </ul>	<p>den Versicherten stabilisieren und die Zielsetzung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erreicht werden kann. Verordnungsfähig sind bis zu 14 Einheiten pro Woche.</p>		
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>	nein	ja	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.</p>

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
29.	<b>Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</b>	nein	nein	
	Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
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. Porthacath).</p>	1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband	ja	Eine Bestimmung von Häufigkeit und Dauer dieser Maßnahme durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung ist möglich. Die Dauer der Leistung ist abhängig davon, wie lange der Katheter liegt. Insofern besteht diesbezüglich kein eigenständiger Entscheidungsspielraum. Die Frequenz hingegen kann durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung eingeschätzt und entschieden werden.
31.	<p><b>Wundversorgung einer akuten Wunde</b></p> <p>Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.</p>	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.	ja	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung von akuten nicht chronischen Wunden erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
31a	<p><b>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b></p> <p>In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.</p>	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.	nein	Der Behandlungserfolg bei chronischen und schwer heilenden Wunden hängt von der Behandlung der die chronische Wundheilung verursachenden Grunderkrankung ab. Die Behandlung dieser Grunderkrankung ist eine ärztliche Aufgabe. Zudem handelt es sich bei der Versorgung einer chronischen Wunde um eine komplexe Maßnahme. Daher ist eine zentrale Anforderung an die Versorgung von chronischen Wunden, dass diese durch geeignete Pflegefachkräfte mit entsprechenden Zusatzqualifikationen (vgl. § 6 der Rahmempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V) durchzuführen sind. Die Frequenz der Wundversorgung kann daher nicht von einer Pflegefachkraft festgelegt werden, sondern ist von einem Arzt festzulegen. Bei der Dauer besteht kein Entscheidungsspielraum. Die Verordnung der Verbandsmittel erfolgt zudem durch den Arzt, weshalb dieser auch den abschließenden Überblick über die Versorgung behalten sollte.
31b	<p><b>An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV</b></p> <p><b>Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes</b></p>	Jeweils 1 x täglich.	ja	<p>Die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann hierzu eine fachliche Einschätzung vornehmen. Daher kann sie über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.</p> <p>Diese Einschätzung wird auch in der Gesetzesbegründung zum GVWG geteilt.</p>
31c	<p><b>An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden</b> zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss</p>	Bis zu 2 Wochen, jeweils 1 x täglich	ja	Die Wirkungsweise und der Einsatz von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist Gegenstand der Ausbildung einer

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				Pflegefachkraft. Entsprechend kann die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort über Häufigkeit und Dauer der Maßnahme selbst entscheiden.
31d	<b>An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen</b> im Rahmen der Krankenbehandlung	jeweils 1 x täglich Stützkorsett: Jeweils 1 bis 2 x täglich	ja	Die Wirkungsweise und der Einsatz von Bandagen und Orthesen ist Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Entsprechend kann die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort über Häufigkeit und Dauer der Maßnahme selbst entscheiden.

**A-2.4 Zu § 5a Absatz 2:**

Die bereits im Leistungsverzeichnis enthaltenen Vorgaben zur Dauer und Häufigkeit (siehe jeweils einschlägige Spalte) stellen Empfehlungen für den Regelfall dar, von denen die Verordnerin oder der Verordner entsprechend individueller Erforderlichkeit begründet abweichen kann. Dies gilt auch für die Festlegung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft. Somit hat sich die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft an diesen Hinweisen bei der Beurteilung der Festlegung von Häufigkeit und Dauer zu orientieren. In § 5a Absatz 2 Satz 2 wird benannt, auf welche Angaben die Ärztin oder der Arzt auf der Verordnung verzichten kann, wenn eine Diagnose vorliegt, für die eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgestellt werden kann.

**A-2.5 Zu § 5a Absatz 3:**

Die Regelung sieht als Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft vor, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies entspricht der gleichlautenden Vorgabe als Voraussetzung für die Verordnung in § 3 Absatz 1 Satz 1.

Zudem ist zu beachten, dass eine erhöhte Frequenz der Leistungserbringung zu erhöhten Verordnungsanforderungen seitens der Leistungserbringer führen kann, beispielsweise für Verbandsmittel, die von der eigentlichen Verordnung der Ärztin oder des Arztes abweichen, z.B. über die Verordnungsmenge hinausgehen. Der Einsatz von entsprechenden Verbandsmaterialien oder Medizinprodukten hängt von der medizinischen Notwendigkeit ab. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Es bedarf also einer entsprechenden Verständigung aller Beteiligten, wobei die medizinische Verantwortung bei der Ärztin oder beim Arzt liegt.

**A-2.6 Zu § 5a Absatz 5:**

Die Pflegefachkräfte können nur innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen. Hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer einer Leistung bestimmt, ist dies für die jeweilige Pflegefachkraft verbindlich. Sofern wichtige medizinische Gründe oder Gründe der Therapiesicherheit vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer daher selbst auf der Verordnung anzugeben.

**A-2.7 Zu § 6 Absatz 2 und Absatz 4 und § 9 Absatz 1:**

In Absatz 2 Satz 1 wird die Bezeichnung „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ an die durch das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) festgelegte Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ angepasst.

In Absatz 2 Satz 2 wird die Regelung zu den Informationsflüssen der Krankenkasse im Zuge des Genehmigungsverfahrens um den Pflegedienst als möglichen Adressaten der Information durch die Krankenkassen ergänzt. Bei von der Verordnung abweichenden Entscheidungen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens richtet sich die Information der Krankenkasse jeweils an den Leistungserbringer, dessen Verantwortungsbereich bei der Verordnung von der Entscheidung betroffen ist.

Der G-BA wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 20. Januar 2022 anlässlich des Beschlusses vom 19. November 2021 zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege auf Anpassungsbedarf in der vorliegenden Regelung hingewiesen. Die Regelung wird an den Wortlaut des § 37 Absatz 2 Satz 6 SGB V angepasst, Absatz 4 und Absatz 5 aus systematischen Gründen zusammengefasst und entsprechende

Verweise in § 9 Absatz 1 HKP-RL sowie in der Nummer 26 des Leistungsverzeichnisses als Folgeänderung aktualisiert. In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erfolgt eine Folgeänderung aufgrund des Beschlusses vom 21. Oktober 2021, mit der die Verlängerung der Vorlagefrist der Verordnung von drei auf vier Tage nachvollzogen wird.

#### **A-2.8 Zu § 7 Absatz 4a:**

Bei der Umsetzung der Kompetenzerweiterung durch die entsprechend qualifizierten Pflegefachkräfte ist eine enge Abstimmung mit der Verordnerin oder dem Verordner erforderlich. Hierzu enthält § 5a Absatz 3 Satz 1 i. V. m § 7 Absatz 4a HKP-RL Vorgaben zur Information der Verordnerin oder des Verordners durch den Leistungserbringer. Insbesondere hat die Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Dauer und Häufigkeit der ärztlich verordneten Maßnahmen zu informieren, so dass diese oder dieser diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans berücksichtigen kann.

Die Kompetenzerweiterung darf nicht dazu führen, dass auf unbestimmte Zeit die Möglichkeit besteht, Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ohne erneuten Arztkontakt in Anspruch zu nehmen. § 5a Absatz 4 enthält daher Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

Zwischen den Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsfluss sichergestellt werden, der bei Bedarf der Beteiligten zu erfolgen hat und sich aufgrund der Kompetenzerweiterung zusätzlich zu den bereits geregelten Informationen bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation nach § 7 Absatz 2 Satz 1 ergeben kann.

Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung soll spätestens nach drei Monaten ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden, um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.

#### **A-2.9 Zum Sachverzeichnis**

Mit Beschluss des G-BA vom 19. November 2021 wurde die Leistungsnummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL gestrichen. Das Sachverzeichnis wird aufgrund der Beschlussfassung vom 19. November 2021 aktualisiert. Das Inkrafttreten der Änderung wird in Übereinstimmung mit dem Beschluss vom 19. November 2021 auf den 31. Oktober 2023 datiert.

#### **A-2.10 Zum Inkrafttreten**

Mit Ausnahme der in Satz 2 des Abschnitts III gesondert ausgewiesenen Regelung zum Inkrafttreten bezüglich der Änderungen nach Abschnitt II Nummer 7, die aus der Abstimmung mit dem Inkrafttreten des Änderungsbeschlusses vom 19. November 2021 folgt, treten die Änderungen der Richtlinie am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Anwendbarkeit der Regelungen gemäß Abschnitt II Nummer 2, 4 und 6 hängt vom Inkrafttreten der diesbezüglichen Regelungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V ab.

### **A-3 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) bzw. Abschlussbericht in den Abschnitten B und C dokumentiert. Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Abschnitt B 6.1 ff. in der ZD).

**A-4 Bürokratiekostenermittlung**

Gemäß § 5a können die Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen, sofern die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer im Sinne des § 5a Absatz 5 HKP-RL nicht selbst auf der Verordnung angegeben hat. Die entsprechend qualifizierten Pflegefachkräfte berücksichtigen dabei die Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer aus dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL und stimmen ihre vorgenommenen Festlegungen mit der Verordnerin oder dem Verordner ab.

Aufgrund der Einführung der erweiterten Versorgungsverantwortung nach § 5a HKP-RL ist davon auszugehen, dass die Verordnerin oder der Verordner im Hinblick auf das Ausstellen der Verordnung bei Anwendung der erweiterten Versorgungsverantwortung ggf. zeitlich entlastet wird. Den Pflegefachkräften nach § 37 Absatz 8 SGB V entsteht künftig bei Anwendung der erweiterten Versorgungsverantwortung ein Mehraufwand, da sie für bestimmte Leistungen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen selbstständig verantworten, abstimmen und in die Pflegedokumentation übertragen.

**A-5 Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
01.07.2021		Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
21.10.2021	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
06.04.2022	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO)
01.06.2022	UA VL	Anhörung und orientierende Würdigung der Stellungnahmen
06.07.2022	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratung der Beschlussunterlagen
21.07.2022	G-BA	Abschließende Beratung und Beschlussfassung
22.09.2022		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
12.10.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
13.10.2022		Inkrafttreten der Änderungen gemäß Abschnitt I sowie Abschnitt II Nummer 1 bis 6
31.10.2023		Inkrafttreten der Änderungen der Richtlinie gemäß Abschnitt II Nummer 7

## A-6 Beschluss vom 21. Juli 2022

Veröffentlicht im Bundesanzeiger am 12. Oktober 2022 (BAnz AT 12.10.2022 B2)



# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und weitere Änderungen

Vom 21. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 beschlossen, den „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ vom 19. November 2021 (BAnz AT 25.03.2022 B1) sowie die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 19. November 2021 (BAnz AT 25.03.2022 B1) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Der Beschluss des G-BA über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege wird in Abschnitt I Nummer 1 Buchstabe b wie folgt geändert:

Die Wörter „Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört“ werden ersetzt durch die Wörter „des Leistungserbringers gehört, der die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI trägt“.

- II. Die HKP-RL wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 7 Satz 6 werden die Wörter „Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört“ ersetzt durch die Wörter „des Leistungserbringers gehört, der die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI trägt“.

2. Nach § 5 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften

(1) Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.

(2) Dabei sind die Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer aus dem Leistungsverzeichnis zu berücksichtigen. Die Angabe der Häufigkeit und Dauer auf der ärztlichen Verordnung nach § 3 Absatz 2 Satz 2 dritter Spiegelstrich ist bei Verordnung dieser Leistungen grundsätzlich nicht erforderlich.

(3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 4a regelmäßig mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft ist, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

(4) Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung soll spätestens nach drei Monaten ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden.

(5) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung anzugeben.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Verordner“ die Wörter „und in Bezug auf Dauer und Häufigkeit in Fällen des § 5a, in denen die qualifizierte Pflegefachkraft die Dauer und Häufigkeit selbst bestimmt, den Pflegedienst“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird Absatz 4 Satz 2 und wie folgt gefasst:

„Liegt bei der oder dem Versicherten Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vor, darf die Krankenkasse die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung als Sicherungspflege nicht übernehmen.“

c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5.

4. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. Die qualifizierte Pflegefachkraft informiert die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.“

5. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „Absatz 6“ wird durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

b) Die Wörter „3-Tage-Frist“ werden durch die Wörter „4-Tage-Frist“ ersetzt.

6. Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird wie folgt geändert:

- a) Zu den Nummern 1 bis 31d wird neben der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ eine Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ eingefügt.
  - b) In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummern 1, 2, 4, 5, 6 erster Spiegelstrich „Absaugen der oberen Luftwege bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z. B. bei schwerer Emphysebronchitis, Aids, Mukoviszidose, beatmete Patientinnen oder Patienten“, 7, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 27, 28, 30, 31, 31b, 31c und 31d jeweils das Wort „ja“ eingefügt.
  - c) In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ werden für die Nummer 3 erster Spiegelstrich „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei“ die Wörter „ja, sofern orale Zufuhr erfolgt“ eingefügt.
  - d) In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummern 3 zweiter Spiegelstrich „Sondennahrung, Verabreichen von, 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“, 6 zweiter Spiegelstrich „Bronchialtoilette (Bronchiallavage) Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika“, 8, 9, 10, 11, 11a, 15, 16, 16a, 17, 18, 19, 20, 24, 24a, 25, 26, 26a, 27a, 29 sowie 31a jeweils das Wort „nein“ eingefügt.
  - e) In der Nummer 22 wird das Wort „Katheteraustrittsstelle“ durch das Wort „Katheteraustrittsstelle“ ersetzt.
  - f) Nummer 26a wird wie folgt geändert:
    - aa) In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ wird im vierten Spiegelstrich die Angabe „§ 6 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 4“ ersetzt.
    - bb) In der Spalte „Bemerkung“ wird die Angabe „§ 6 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 4“ ersetzt.
7. Das Sachverzeichnis wird wie folgt geändert:
- a) Die Zeile mit der Angabe „Atmungskontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - b) Die Zeile mit der Angabe „Hautkontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - c) Die Zeile mit der Angabe „Körpertemperaturkontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - d) Die Zeile mit der Angabe „Krankenbeobachtung, spezielle“ in der linken Spalte und der Angabe „Nr. 24“ in der rechten Spalte wird gestrichen.

- e) Die Zeile mit der Angabe „Pulskontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
- f) Die Zeile mit der Angabe „Temperatur, Messung der“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
- g) Die Zeile mit der Angabe „Vitalzeichenkontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.

III. Die Änderungen der Richtlinie gemäß Abschnitt I sowie Abschnitt II Nummer 1 bis 6 treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Änderungen der Richtlinie gemäß Abschnitt II Nummer 7 treten am 31. Oktober 2023 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-7 Prüfung durch das BMG

22/09/2022 16:00 030184413788

BMG REFERAT 213

S. 01/01



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin



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

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 191, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin  
TEL +49 (0)30 18 441-4514  
FAX +49 (0)30 18 441-3788  
E-MAIL 213@bmg.bund.de  
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 22. September 2022  
AZ 213 - 21432 - 16

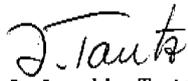
**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 21. Juli 2022**  
**hier: Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:**  
**Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen**  
**verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V**  
**und weitere Änderungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 21. Juli 2022 über eine Änderung  
der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

  
Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6:  
S-Bahn S1, S2, S3, S7:  
Straßenbahn M 1

Oranienburger Tor  
Friedrichstraße

## B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

### B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Vor Entscheidungen des G-BA über die Änderung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie wird den hierzu berechtigten Organisationen gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V, gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V und gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und gemäß § 91 Absatz 5a SGB V dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Stellungnahmen werden in die Entscheidung einbezogen.

### B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 6. April 2022 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 7. April 2022 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

### B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

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

### B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 6. April 2022 folgenden Organisationen für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt. Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</b>		
Bundesärztekammer (BÄK)	05.05.2022	
<b>Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V</b>		
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	05.05.2022	
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	05.05.2022	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundespflegekammer e.V.	05.05.2022	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	04.05.2022	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)	02.05.2022	
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)	05.05.2022	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.	05.05.2022	
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)	04.05.2022	
Diakonie Deutschland	05.05.2022	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	05.05.2022	
<b>Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 i.V.m. § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V</b>		
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	06.05.2022	verfristet
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV)	05.04.2022	
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	05.05.2022	

#### B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Neben dem Beschlussentwurf wurden den Stellungnehmern die Tragenden Gründe, der Fließtext (jeweils mit Stand vom 6. April 2022) sowie die Stellungnahme der Fachberatung Medizin vom 2. Februar 2022 als ergänzende Information übermittelt.

## B-5.1 Beschlussentwurf

Stand 06.04.2022



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen:

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, den „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ vom 19. November 2021, BAnz AT 25.03.2022 B1, sowie die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 19. November 2021 (BAnz AT 25.03.2022 B1) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege wird in Abschnitt I Nummer 1 Buchstabe b) wie folgt geändert:

Die Wörter „Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört“ werden ersetzt durch die Wörter „des Leistungserbringers gehört, der die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI trägt“.

- II. Die HKP-RL wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 7 Satz 6 werden die Wörter „Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört“ ersetzt durch die Wörter „des Leistungserbringers gehört, der die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI trägt“.

2. Nach § 5 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften

(1) Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.

(2) Dabei sind die Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer aus dem Leistungsverzeichnis zu berücksichtigen. Die Angabe der Häufigkeit und Dauer auf

der ärztlichen Verordnung nach § 3 Absatz 2 Satz 2 dritter Spiegelstrich ist bei Verordnung dieser Leistungen nicht erforderlich.

(3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 4a regelmäßig mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft ist, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

(4) Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **[KBV: spätestens nach 3 Monaten]** stattgefunden haben **[KBV: .]** **[GKV-SV, DKG, PatV: , spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]**

(5) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung anzugeben.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird Absatz 4 Satz 2 und wie folgt gefasst:

„Liegt bei der oder dem Versicherten Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vor, darf die Krankenkasse die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung als Sicherungspflege nicht übernehmen.“

b) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5.

4. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

„(4a) Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. **[GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]**“

**GKV-SV**

b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen.“

5. In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
6. Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird wie folgt geändert:
  - a) Zu den Nummern 1 bis 31d wird neben der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ eine Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ ergänzt.
  - b) In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummer 1, 2, [PatV, GKV-SV: 3], 4, 5, [PatV, GKV-SV, DKG: 6], 7, [PatV: 8], 12, [PatV, GKV-SV, DKG: 13], 14, 21, 22, 27, [PatV, GKV-SV: 28], [PatV: 29], 30, [PatV, GKV-SV: 31], 31b, 31c und 31d das Wort „ja“ eingefügt.
  - c) In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummer [KBV, DKG: 3], [KBV: 6], [GKV-SV, KBV, DKG: 8], 9, 10, 11, 11a, [KBV 13], 15, 16, 16a, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 24a, 25, 26, 26a, 27a, [KBV, DKG: 28], [GKV-SV, KBV, DKG: 29], [KBV, DKG: 31] sowie 31a das Wort „nein“ eingefügt.
  - d) Nummer 26a wird wie folgt geändert:
    - aa) In der Spalte „Leistungsbeschreibung“ wird im vierten Spiegelstrich die Angabe „§ 6 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 4“ ersetzt.
    - bb) In der Spalte „Bemerkung“ wird die Angabe „§ 6 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 4“ ersetzt.
7. Das Sachverzeichnis wird wie folgt geändert:
  - a) Die Zeile mit der Angabe „Atmungskontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - b) Die Zeile mit der Angabe „Hautkontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - c) Die Zeile mit der Angabe „Körpertemperaturkontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - d) Die Zeile mit der Angabe „Krankenbeobachtung, spezielle“ in der linken Spalte und der Angabe „Nr. 24“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - e) Die Zeile mit der Angabe „Pulskontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.
  - f) Die Zeile mit der Angabe „Temperatur, Messung der“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.

g) Die Zeile mit der Angabe „Vitalzeichenkontrolle“ in der linken Spalte und der Angabe „Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)“ in der rechten Spalte wird gestrichen.

III. Die Änderungen der Richtlinie gemäß Abschnitt I sowie Abschnitt II Nummer 1 bis 6 treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Änderungen der Richtlinie gemäß Abschnitt II Nummer 7 treten am 31. Oktober 2023 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## B-5.2 Tragende Gründe

Stand 06.04.2022



# Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

Vom T. Monat JJJJ

### Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
Zur Änderung des Beschlusses vom 19. November 2021 und zu § 1 Absatz 7:.....	2
Zu § 5a (neu):.....	3
Zu § 5a Absatz 1:.....	3
Zu § 5a Absatz 2:.....	36
Zu § 5a Absatz 3:.....	36
Zu § 5a Absatz 5:.....	36
Zu § 6 Absatz 2:.....	37
Zu § 7 Absatz 4a:.....	37
Zum Sachverzeichnis:.....	37
Zum Inkrafttreten.....	38
3. Würdigung der Stellungnahmen.....	38
4. Bürokratiekostenermittlung.....	38
5. Verfahrensablauf.....	39

Stand 06.04.2022

## 1. Rechtsgrundlage

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

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde der G-BA in § 37 Absatz 8 (neu) SGB V beauftragt, in der HKP-RL Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL verordnungsfähigen Maßnahmen zu regeln, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können. Darüber hinaus hat der G-BA Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen vorzusehen. Hierfür wird dem G-BA gesetzlich eine Beratungsfrist bis zum 31. Juli 2022 eingeräumt.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Die HKP-RL sieht in § 3 Absatz 2 Satz 2 vor, dass bei Verordnung von häuslicher Krankenpflege unter anderem Beginn, Häufigkeit und Dauer der zu erbringenden Leistungen von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt angegeben werden. Mit der Änderung der HKP-RL setzt der G-BA den Auftrag in § 37 Absatz 8 SGB V um. Nunmehr sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können. Die neue Regelung in § 5a enthält Rahmenvorgaben zur Häufigkeit und Dauer der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt.

### Zur Änderung des Beschlusses vom 19. November 2021 und zu § 1 Absatz 7:

Der G-BA wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 20. Januar 2022 anlässlich des Beschlusses vom 19. November 2021 zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege (BAnz AT 25.03.2022 B1) um Überprüfung der vorliegenden Regelung gebeten. Die Änderungen dienen der sprachlichen Klarstellung, dass eine Leistungserbringung nicht durch die Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI als solche erfolgt, sondern durch die Leistungserbringer, die die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in diesen Räumlichkeiten tragen. Die in Abschnitt II Nummer 1 verankerte Änderung von § 1 Absatz 7 Satz 6 greift dieses Anliegen des BMG auf und setzt es bereits für die Zeit vor Inkrafttreten des Beschlusses vom 19. November 2021 in der geltenden Richtlinie um. Mit der gemäß Abschnitt I vorgenommenen Änderung des Beschlusses vom 19. November 2021 wird demselben Anliegen Rechnung getragen, indem der Wortlaut dieses Änderungsbeschlusses entsprechend angepasst wird. Damit wird gewährleistet, dass die durch den Beschluss vom 19. November 2021 (in seiner hiermit geänderten Fassung) vorgenommene Änderung der HKP-RL

Stand 06.04.2022

unmittelbar mit Inkrafttreten dem beschriebenen Anliegen des BMG entspricht und es keiner nachträglichen Änderung bedarf.

**Zu § 5a (neu):**

In § 5a (neu) Absatz 1 HKP-RL wird auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Leistungsverzeichnis verwiesen, deren erforderliche Häufigkeit und Dauer entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst bestimmen können.

Der G-BA hat zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages nach § 37 Absatz 8 SGB V geprüft, welche der Pflegemaßnahmen des Leistungsverzeichnisses (LV) sich grundsätzlich für eine eigenständige Entscheidung der Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräfte eignen. Hierbei wurden folgende Aspekte in die Bewertung einbezogen:

- Gefahrgeneigtheit einer Kompetenzerweiterung bei der konkreten Maßnahme
- Nähe zur pflegerischen bzw. ärztlichen Kompetenz
- Abgrenzbarkeit der pflegerischen von der ärztlichen Verantwortung
- Einbettung in den ärztlichen Therapieplan (soweit Bestandteil der medizinischen Behandlungspflege)

Welche der Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis sich für eine eigenständige Entscheidung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte eignen, ist im Leistungsverzeichnis der HKP-RL in einer gesonderten Spalte gekennzeichnet. In der Regelung des § 5a (neu) Absatz 1 HKP-RL wird auf diese Kennzeichnung im Leistungsverzeichnis verwiesen.

**Zu § 5a Absatz 1:**

Der G-BA hat sich mit den Grundlagen der Pflegeausbildung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Berufsbezeichnungen umfassend auseinandergesetzt. Bei der Festlegung der Maßnahmen, bei denen die Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräfte festgelegt werden können, hat sich der G-BA an den in den Grundlagen der Pflegeausbildung festgelegten Ausbildungsinhalten orientiert.

Die eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer kann nur durch Pflegefachkräfte erfolgen, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen. Da bei der Entscheidung des G-BA diese Rahmenempfehlungen noch nicht vorlagen, ist der G-BA bei der Festlegung der Leistungen nach § 37 Absatz 8 SGB V als Mindestvoraussetzung davon ausgegangen, dass die fachlichen Anforderungen für eine eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer nur gewährleistet sind, wenn die durchführenden Pflegefachkräfte eine mindestens 3-jährige Ausbildung vorweisen und einschlägige Berufserfahrung besitzen.

Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der ambulanten pflegerischen Versorgung erfolgt. Hiervon unberührt bleibt allerdings die bereits bei Berufsabschluss vorliegende Kompetenz für die Erbringung der pflegerischen Leistungen an sich. Das Nähere zu Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im

Stand 06.04.2022

Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, regeln die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V.

Nachfolgend ist dargestellt und begründet, welche der Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis sich für eine eigenständige Entscheidung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte eignen und welche nicht:

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
1.	<b>Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit</b>  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).	Anleitung bis zu 5 x verordnungsfähig	ja	<b>PatV/GKV-SV/DKG/[KBV ausgenommen Nr. 3] zu den Nr. 1 bis 5:</b>  Gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte im Sinne des Pflegeberufegesetzes. Daher und aufgrund ihrer Tätigkeit und Nähe zu den Patientinnen und Patienten können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung für alle Leistungen der Grundpflege [KBV: mit Ausnahme der Nr. 3] über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.
2.	<b>Ausscheidungen:</b>	nein	ja	siehe Begründung Nr. 1

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<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.:</li> </ul>			
	<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),</li> <li>→ Wechsel des Katheterbeutel,</li> <li>→ Reinigung und Versorgung des Urostoma,</li> <li>→ Reinigung und Versorgung des Anus- praeter,</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Kontinenztraining, Toiletentraining</b> (Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan). Die Uhrzeiten sind in einem Erfassungsbogen zu dokumentieren.</li> <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</li> </ul>			

6

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>Gewohnheit der Patientin oder 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, Beintiefenlagerung, 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</li> </ul>			

7

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).			
3.	<b>Ernährung beinhaltet:</b>	nein	PatV/GKV-SV/: ja  KBV/DKG: nein	<b>PatV/GKV-SV:</b> siehe Begründung Nr. 1, reine pflegerische Hilfe bei Nahrungszufuhr.  <b>KBV/DKG:</b> Die Rahmenbedingungen einer Verabreichung von Sondennahrung (Art, Menge, Häufigkeit, Zeitpunkt der Nahrungszufuhr, Dauer) legt die Ärztin oder der Arzt fest.  Anpassung oder Abweichungen von diesem Behandlungsplan erfolgen durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt und sind von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt individuell eingeschätzt werden.  Eine Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation und ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems kann durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung eingeschätzt werden.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei</b></li> <li>- <b>Sondennahrung, Verabreichen von, 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,</b></li> </ul>			
	<b>gegebenenfalls einschließlich</b> <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,</li> </ul>			

8

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Beintiefenlagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),			
	<ul style="list-style-type: none"> <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>			
4.	<b>Körperpflege beinhaltet:</b>	nein	ja	Siehe Nr. 1
	<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>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. <b>Pflege einer Augenprothese,</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. <b>Mundpflege als Prophylaxe</b> bei abwehrgeschwächten und/oder im Allgemeinzustand stark reduzierten Patientinnen oder Patienten,</li> </ul>			

9

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>An- oder Auskleiden</b> (Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- oder Ausziehen der Kleidung, von Strümpfen, von Strumpfhosen, das An- und Ablegen von Prothesen 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> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),</li> <li>- Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintiefenlagerung, 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</li> </ul>			

10

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung lt. LV	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).			
5.	<b>Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet:</b>	nein	ja	Aufgrund ihrer Nähe zu den Patientinnen und Patienten können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung für Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung personen- und situationsorientiert über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.
	Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung).			

11

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
6.	<p><b>Absaugen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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.</li> <li>- <b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage)</b> Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.</li> </ul>	nein	<p>PatV/GKV-SV/DKG: ja</p> <p>KBV: nein</p>	<p>PatV/GKV-SV/DKG: Da bei dieser Leistung eine individuell sehr unterschiedliche und spontane Leistungserbringung notwendig ist, sollte die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort dies entscheiden dürfen.</p> <p>KBV: Es handelt sich insbesondere bei der <b>Bronchialtoilette</b> um einen Risikofaktor für beatmungssoziierte Pneumonien. Häufigkeit und Dauer sind daher in Abhängigkeit von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes individuell abzuwägen. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt eingeschätzt werden. Bei diesem Vorgehen handelt es zudem zumeist nicht um eine spontane Leistungserbringung, sondern um einen in der Frequenz weitestgehend planbaren Eingriff, der unter der Gewährleistung einer adäquaten Schmerzmedikation durchzuführen ist.</p>

12

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
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>	Bis zu 10 x Anleitung verordnungsfähig	ja	Beurteilung der Häufigkeit und Dauer durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung in Abhängigkeit der vorhandenen Ressourcen/Anleitungssituation
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>	nein	<p>PatV: ja</p> <p>GKV-SV/KBV/DKG: nein</p>	<p>PatV: Bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts ist die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung in Bedienung und Überwachung systematisch und grundlegend eingewiesen. Gleiches gilt für die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes. Aufgrund der Nähe zum Patienten und der hohen Kenntnis der individuellen Versorgungssituation kann das in die Kompetenz der Pflege übergehen.</p> <p>GKV-SV/KBV/DKG: Die Rahmenbedingungen legt die Ärztin oder der Arzt fest. Insbesondere die Anpassung des Beatmungsgerätes an Vitalpara-</p>

13

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				meter bedarf einer engmaschigen Einbeziehung und Steuerung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Die Steuerung ist von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt eingeschätzt werden. Daher muss die Häufigkeit und Dauer durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt festgelegt werden.
9.	<b>Blasenspülung</b>  Einbringen einer Lösung unter sterilen Kautelen mittels Blasenspritze oder Spülsystem durch einen Dauerkatheter in die Harnblase, Beurteilen der Spülflüssigkeit.	Bis zu 3 Tage	nein	Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen einschließlich der Dauer und der Frequenz ist hier der ärztliche Behandlungsplan maßgebend, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.
10.	<b>Blutdruckmessung</b>  bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus.	Bis zu 7 Tage	nein	Siehe Nr. 9
11.	<b>Blutzuckermessung</b>	Bis zu 3x tägl.	nein	Siehe Nr. 9

14

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z.B. Glucometer)  - bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettspflichtig) - bei Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie	Bei Erst- und Neueinstellung: bis zu 4 Wochen  Bemerkung: Die Häufigkeit der Blutzuckermessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.		
11a	<b>Interstitielle Glukosemessung</b>  bei Durchführung einer Intensivierten Insulintherapie - Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes mittels Testgerät - Sensorwechsel bei Bedarf - Kalibrierung bei Bedarf	Bemerkung: Die Häufigkeit der Glukosemessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplans in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	nein	Siehe Nr. 9
12.	<b>Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</b>  Ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden	Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage. Ab Dekubitus Grad 2:	ja	Die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann hierzu eine fachliche Einschätzung vornehmen. Daher kann sie über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.

15

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.		Diese Einschätzung wird auch in der Gesetzesbegründung zum GVWG geteilt.
13.	<b>Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b>	1-2 x tägl.	GKV/PatV/DKG: ja	<p><b>GKV-SV/PatV/DKG:</b> Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Dauer der Einlage von Drainagen bzw. Laschen kann bei bestimmten Wunden standardisiert sein (z.B. nach OP 2-3 Tage), bei anderen Wunden kann die Dauer der Einlage von Laschen bzw. Drainagen von der individuellen Wundheilung abhängig sein. Entsprechende Standards sind Pflegefachkräften aufgrund der Berufsausbildung bekannt. Insbesondere die Häufigkeit der Überprüfung der Lage sowie des Sekretflusses und der Wechsel des Sekretbehälters können von der individuellen Entwicklung des Sekretflusses abhängig sein. In Abhängigkeit davon kann die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung aufgrund der Beobachtungen vor Ort über die</p>
	Überprüfen von Lage, Sekretfluss sowie von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.			

16

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
			KBV: nein	Häufigkeit und ggf. über die Dauer entscheiden. <b>KBV:</b> Die Festlegung der Frequenz und Dauer erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt in Abhängigkeit von der Grunderkrankung und/oder erfolgtem operativen Eingriff sowie nachfolgend geplantem Behandlungsverlauf patientenindividuell. Der ärztliche Behandlungsplan ist maßgebend, daher besteht kein Entscheidungsspielraum für die Pflegefachkraft.
14.	<b>Einlauf/Klistier/Klysmadigitale Enddarmausräumung</b>	Einlauf/Klistier/Klysmabis zu 2 x wöchentlich	ja	Dies sind nicht planbare Leistungen, daher ist eine Entscheidung der entsprechend qualifizierten Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort sinnvoll, um ggf. eine situative Anpassung der Empfehlung durch diese vorzunehmen.
	bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung		
15.	<b>Flüssigkeitsbilanzierung</b>	1 x tägl., bis zu 3 Tage	nein	Siehe Nr. 9
	Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrierten Gefäßen, ggf. inkl. Gewichtskontrolle, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang zur Kontrolle des			

17

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Flüssigkeitshaushaltes bei dessen beginnender Dekompensation.			
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 <i>Port-a-cath</i> zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.	nein	Siehe Nr. 9
16a	<b>Infusionen, S.c.</b>  - Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution, - Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge, - Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.	Bis zu 7 Tage	nein	Siehe Nr. 9
17.	<b>Inhalation</b>	Dauer und Menge der	nein	Siehe Nr. 9

18

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten, die mittels verordneter Inhalationshilfen (gemäß Hilfsmittelverzeichnis) als Aerosol oder als Pulver über die Atemwege inhaliert werden.	Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates		
18.	<b>Injektionen</b>  - i. v.  - i. m. Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten.  - s. c. Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates	nein	Siehe Nr. 9
19.	<b>Injektion, Richten von</b>  Richten von Injektionen zur Selbstapplikation.	nein	nein	Siehe Nr. 9 Die Verordnung des Medikamentes erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt
20.	<b>Instillation</b>  Tropfenweises Einbringen von ärztlich verordneten flüssigen Medikamenten in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, Körperöffnungen).	nein	nein	Siehe Nr. 9 Die Medikamentengabe erfolgt nach ärztlicher Vorgabe.

19

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
21.	<b>Kälteträger, Auflegen von</b>  Bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen.	1- 3 Tage	ja	Die Wirkungsweise und der Einsatz einfacher physikalischer Maßnahmen wie das Auflegen von Kälteträgern ist Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. In Abhängigkeit von der Beobachtung durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort kann diese über Häufigkeit und Dauer der Maßnahme selber entscheiden.
22.	<b>Katheter, Versorgung eines suprapubischen</b>  Verbandwechsel der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente - nach Neuanlage, - bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle.	nach Neuanlage für bis zu 14 Tage	ja	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft, ebenso die Versorgung eines suprapubischen Katheters. Die Versorgung der Wunde bzw. des suprapubischen Katheters erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf,

20

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.
23.	<b>Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</b>  Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase.	Dauerkatheterwechsel alle 3 - 4 Wochen	nein	Siehe Nr. 9
	Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patientinnen und Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters.	max. 5 Tage		
	Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung.	nein		
24.	<b>Krankenbeobachtung, spezielle</b>  - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen	Klärung, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist: 1 x pro Verordnung	nein	Die Festlegung der Dauer erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt. Die Leistungsnummer nach den

21

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>medizinisch-pflegerischen Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut</li> </ul> <p>einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.</p>			<p>Vorgaben der HKP-RL besteht bis zum 30. Oktober 2023.</p> <p>Die Dauer der Verordnung im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung hängt von verschiedenen Faktoren ab. So kann die Versorgung von beatmungspflichtigen oder trachealkanülierten Versicherten so lange erforderlich sein, bis die Einweisung in eine Entwöhnungseinrichtung angezeigt ist. Die Frage, wann ein Weaning oder eine Dekanülierung möglich sind, ist eine ärztliche Einschätzung. Daher kann die Häufigkeit und Dauer der speziellen Krankenbeobachtung nur von der Ärztin oder dem Arzt festgelegt werden.</p>
24a	<p><b>Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten</b></p> <p>Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insbesondere bei Schmerzsymptomatik,</li> </ul>	<p>Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage.</p> <p>Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus möglich.</p>	nein	<p>Situationsgerechtes Handeln ist hierbei erforderlich. Eine enge Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt ist notwendig. Die Häufigkeit erfolgt nach Bedarf. Die Dauer der Leistung ist von der Ärztin oder dem Arzt festzulegen. Dadurch soll eine kontinuierliche</p>

22

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden</li> <li>- Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen</li> </ul> <p>Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.</p>			<p>ärztliche Anbindung sichergestellt werden.</p>
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>	nein	nein	Siehe Nr. 9
26.	<p><b>Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</b></p> <p>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume</p>	<p>Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.</p> <p>Bei Folgeverordnungen</p>	nein	<p>Die Verordnung des Medikaments erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt.</p> <p>Siehe Nr. 9</p>

23

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
		ärztliche Begründung. Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefunds erforderlich.		
	<p><b>2. 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,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde),</li> <li>- über die Atemwege,</li> <li>- über die Haut und Schleimhaut,</li> <li>- als Einreibungen bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermatologischen Erkrankungen,</li> </ul>	nein	nein	Siehe Nr. 9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei</li> </ul>			

24

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	<p>dermatologischen Krankheitsbildern und die gegebenenfalls erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Behandlung des Mundes, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten,</li> <li>- zur Behandlung des Auges, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom.</li> </ul>			
26a	<p><b>Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung Sanierung/Eradiation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels</li> <li>→ Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung</li> <li>→ Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen</li> <li>→ In Verbindung mit den MRSA</li> </ul> </li> </ul>	<p>Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5 bis 7 Tage). Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.</p>	nein	<p>Eine Bestimmung von Häufigkeit und Dauer dieser Maßnahme durch Pflegefachkräfte ist nicht möglich. Die Inhalte und Rahmenbedingungen dieser Leistung sind weitgehend vorgegeben, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.</p> <p>Die Leistung ist ausgerichtet an einem ärztlichen Sanierungsplan. Neue Verordnungen sind nur möglich, wenn die oder der</p>

25

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
	Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft			Versicherte weiterhin kolonisiert ist. Dies stellt die Ärztin oder der Arzt mittels labordiagnostischer Untersuchungen fest. Gemäß der Spalte „Dauer und Häufigkeit“ sind vor der erneuten Verordnung außerdem die Gründe für die fehlgeschlagene Sanierung zu eruieren. Dies ist eine ärztliche Aufgabe.
27.	<b>Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei</b>	nein	ja	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Ebenso der Umgang mit einer PEG-Sonde. Die Versorgung der Wunde bzw. der PEG-Sonde erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die
	Wechsel der Schutzauflage bei PEG, Kontrolle der Fixierung und Durchgängigkeit, einschließlich Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente.			

26

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.
27a	<b>Psychiatrische häusliche Krankenpflege</b>	Ist ein Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten erforderlich (Verlängerung), ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die psychiatrische häusliche Krankenpflege weiterhin auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv einwirken, die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren und die Zielsetzung der psychiatrischen häuslichen Kran-	nein	Siehe Nr. 9  Die pHKP erfolgt im Rahmen der ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung. Die Frage, wie lange ein Unterstützungsbedarf besteht, entscheidet die Ärztin oder der Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut gemäß des Behandlungsplans.
	<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>Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten</b> zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen),</li> <li>- <b>Unterstützung</b> zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.</li> </ul>			

27

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
		kenpflege erreicht werden kann. Verordnungsfähig sind bis zu 14 Einheiten pro Woche.		
28.	<b>Stomabehandlung</b> 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.	Nein	PatV/GKV-SV: ja  KBV/DKG: nein	<b>GKV-SV/PatV:</b> Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.  <b>KBV/DKG:</b> nur bei spezialisierter Weiterbildung zur Pflegeexpertin

28

Stand 06.04.2022

				bzw. zum Pflegeexperten für Stoma- und Wundpflege. Liegt diese nicht vor: Die Rahmenbedingungen legt die Ärztin oder der Arzt fest. Die Versorgung einer akuten entzündlichen Veränderung eines Stomas bedarf einer engmaschigen Einbeziehung und Steuerung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Komplikationen wie bspw. aufsteigende Infektionen in Nieren, Retroperitonealraum und Bauchhöhle oder das Ausreißen von Stomata aus dem Hautniveau können erhebliche Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten haben (Sepsis, wiederholte Operation zu Neuanlage des Stomas, Hinauszögern oder Verhinderung einer Rückverlegung eines Stomas) und die Lebensqualität in der Folge dauerhaft und maßgeblich einschränken. Die Steuerung einer Wundbehandlung ist daher von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt individuell eingeschätzt werden. Daher muss
--	--	--	--	--

29

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				die Häufigkeit und Dauer durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin festgelegt werden.
29.	<b>Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</b>  Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.	nein	GKV-SV/KBV/DKG: nein  PatV: ja	GKV-SV/KBV/DKG: Die Inhalte dieser Leistung sind weitgehend vorgegeben, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.  PatV: In der Praxis ist die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit gut qualifiziert, weil sie nah am Patienten und der spezifischen Versorgungssituation ist. Situationsabhängig ist der Wechselbedarf schwankend, z.B. bei Atemwegsinfekten mit vermehrter Sekretbildung oder bei Beschädigung der Kanüle. Hier hat die Pflegefachkraft neben der fachlichen Qualifikation auch individuelle Kenntnisse der konkreten Pflegesituation, über

30

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				die der Arzt im Einzelnen nicht informiert ist. Im Idealfall erfolgt die Festlegung der Wechselhäufigkeit auch in Abstimmung mit der Logopädie.
30.	<b>Venenkatheter, Pflege des zentralen</b>  Verbandwechsel der Punktionsstelle grundsätzlich mit Transparentverband, Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters, Beurteilung der Einstichstelle (einschließlich i. v. Porth-a-cath).	1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband	ja	Eine Bestimmung von Häufigkeit und Dauer dieser Maßnahme durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung ist möglich. Die Dauer der Leistung ist abhängig davon, wie lange der Katheter liegt. Insofern besteht diesbezüglich kein eigenständiger Entscheidungsspielraum. Die Frequenz hingegen kann durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung eingeschätzt und entschieden werden.
31.	<b>Wundversorgung einer akuten Wunde</b>  Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.	PatV/GKV-SV: ja	GKV-SV/PatV: Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung von akuten nicht chronischen Wunden erfolgt in der Regel nach

31

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
			KBV/DKG: nein	Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.  <b>KBV/DKG:</b> Nur bei spezialisierter Weiterbildung zur Pflegeexpertin bzw. zum Pflegeexperten Wundpflege  Liegt diese nicht vor: Die Rahmenbedingungen legt die Ärztin oder der Arzt fest. Die Versorgung einer akuten Wunde bedarf einer engmaschigen Einbeziehung und Steuerung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt. Komplikation wie bspw.

32

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				aufsteigende Infektionen und Wundheilungsstörungen können erhebliche Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten haben (Sepsis, Osteomyelitis, wiederholte Operationen zur Defektkorrektur oder Implantatwechsel). Die Steuerung einer Wundbehandlung ist daher von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt individuell eingeschätzt werden. Daher muss die Häufigkeit und Dauer durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin festgelegt werden.
31a	<b>Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b>	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.	nein	Der Behandlungserfolg bei chronischen und schwer heilenden Wunden hängt von der Behandlung der die chronische Wundheilung verursachenden Grunderkrankung ab. Die Behandlung dieser Grunderkrankung ist eine ärztliche Aufgabe. Zudem handelt es sich bei der Versorgung einer chronischen Wunde um eine
	In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.			

33

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				komplexe Maßnahme. Daher ist eine zentrale Anforderung an die Versorgung von chronischen Wunden, dass diese durch geeignete Pflegefachkräfte mit entsprechenden Zusatzqualifikationen (vgl. § 6 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V) durchzuführen sind. Die Frequenz der Wundversorgung kann daher nicht von einer Pflegefachkraft festgelegt werden, sondern ist von einem Arzt festzulegen. Bei der Dauer besteht kein Entscheidungsspielraum. Die Verordnung der Verbandsmittel erfolgt zudem durch den Arzt, weshalb dieser auch den abschließenden Überblick über die Versorgung behalten sollte.
31b	An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	Jeweils 1 x täglich.	ja	Die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann hierzu eine fachliche Einschätzung vornehmen. Daher kann sie über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.

34

Stand 06.04.2022

Nr.	Leistungsbeschreibung	Empfehlung zur Dauer und Häufigkeit im LV	Einschätzung: Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?	Begründung
				Diese Einschätzung wird auch in der Gesetzesbegründung zum GVWG geteilt.
31c	An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	Bis zu 2 Wochen, jeweils 1 x täglich	ja	Die Wirkungsweise und der Einsatz von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Entsprechend kann die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort über Häufigkeit und Dauer der Maßnahme selbst entscheiden.
31d	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung	jeweils 1 x täglich Stützkorsett: Jeweils 1 bis 2 x täglich	ja	Die Wirkungsweise und der Einsatz von Bandagen und Orthesen ist Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Entsprechend kann die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung vor Ort über Häufigkeit und Dauer der Maßnahme selbst entscheiden.

35

Stand 06.04.2022

**Zu § 5a Absatz 2:**

Die bereits im Leistungsverzeichnis enthaltenen Vorgaben zur Dauer und Häufigkeit (siehe jeweils einschlägige Spalte) stellen Empfehlungen für den Regelfall dar, von denen die Verordnerin oder der Verordner entsprechend individueller Erforderlichkeit begründet abweichen kann. Dies gilt auch für die Festlegung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft. Somit hat sich die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft an diesen Hinweisen bei der Beurteilung der Festlegung von Häufigkeit und Dauer zu orientieren. In § 5a Absatz 2 Satz 2 wird benannt, auf welche Angaben die Ärztin oder der Arzt auf der Verordnung verzichten kann, wenn eine Diagnose vorliegt, für die eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgestellt werden kann.

**Zu § 5a Absatz 3:**

Die Regelung sieht als Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft vor, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies entspricht der gleichlautenden Vorgabe als Voraussetzung für die Verordnung in § 3 Absatz 1 Satz 1.

Zudem ist zu beachten, dass eine erhöhte Frequenz der Leistungserbringung zu erhöhten Verordnungsanforderungen seitens der Leistungserbringer führen kann, beispielsweise für Verbandsmittel, die von der eigentlichen Verordnung der Ärztin oder des Arztes abweichen, z.B. über die Verordnungsmenge hinausgehen. Der Einsatz von entsprechenden Verbandsmaterialien oder Medizinprodukten hängt von der medizinischen Notwendigkeit ab. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Es bedarf also einer entsprechenden Verständigung aller Beteiligten, wobei die medizinische Verantwortung bei der Ärztin oder beim Arzt liegt. **[KBV zusätzlich:** Mehrkosten, die in Verbindung mit einer Abweichung von der ärztlichen Verordnung entstehen, gehen nicht zu Lasten der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes. Im Übrigen müssen die Pflegefachkräfte die Bestimmungen der G-BA-Richtlinien beachten.]

**Zu § 5a Absatz 5:**

Die Pflegefachkräfte können nur innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Verordnungsr Rahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen. Hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer einer Leistung bestimmt, ist dies für die jeweilige Pflegefachkraft verbindlich. Sofern wichtige medizinische Gründe oder Gründe der Therapiesicherheit vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer daher selbst auf der Verordnung anzugeben. **[DKG, PatV, KBV:** Insbesondere ist eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung im Rahmen des Entlassmanagements mit Blick auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung von sieben Kalendertagen grundsätzlich nicht geeignet.]

Stand 06.04.2022

**Zu § 6 Absatz 2:**

Der G-BA wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 20. Januar 2022 anlässlich des Beschlusses vom 19. November 2021 zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege auf Anpassungsbedarf in der vorliegenden Regelung hingewiesen. Die Regelung wird an den Wortlaut des § 37 Absatz 2 Satz 6 SGB V angepasst, Absatz 4 und Absatz 5 aus systematischen Gründen zusammengefasst und entsprechende Verweise in § 9 Absatz 1 HKP-RL sowie in der Nummer 26 des Leistungsverzeichnisses als Folgeänderung aktualisiert.

**Zu § 7 Absatz 4a:**

Bei der Umsetzung der Kompetenzerweiterung durch die entsprechend qualifizierten Pflegefachkräfte ist eine enge Abstimmung mit der Verordnerin oder dem Verordner erforderlich. Hierzu enthält § 5a Absatz 3 Satz 1 i. V. m § 7 Absatz 4a HKP-RL Vorgaben zur Information der Verordnerin oder des Verordners durch den Leistungserbringer. Insbesondere hat die Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Dauer und Häufigkeit der ärztlich verordneten Maßnahmen zu informieren, so dass diese oder dieser diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans berücksichtigen kann.

Die Kompetenzerweiterung darf nicht dazu führen, dass auf unbestimmte Zeit die Möglichkeit besteht, Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ohne erneuten Arztkontakt in Anspruch zu nehmen. § 5a Absatz 4 enthält daher Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

[GKV-SV, DKG, PatV: Insbesondere längere Verordnungszeiträume erfordern eine regelmäßige Informationsweitergabe über die Wirkung der verordneten Maßnahmen. Gleiches gilt, wenn die Verordnerin oder der Verordner bei der Pflegefachkraft die Wirkung der verordneten Maßnahmen erfragt.] Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: spätestens nach drei Monaten] stattgefunden haben, [KBV: um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.] [GKV-SV, DKG, PatV: spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]

**Zu § 7 Absatz 5:**

[GKV-SV: Häusliche Krankenpflege kann von Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzten im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 7 Absatz 5 HKP-RL für sieben Kalendertage nach Entlassung der Patientin oder des Patienten verordnet werden. Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung sind im Rahmen des Entlassmanagements mit Blick auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung von sieben Kalendertagen nicht geeignet.]

**Zum Sachverzeichnis:**

Mit Beschluss des G-BA vom 19. November 2021 wurde die Leistungsnummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL gestrichen. Das Sachverzeichnis wird aufgrund der Beschlussfassung vom 19. November 2021 aktualisiert. Das Inkrafttreten der Änderung wird

Stand 06.04.2022

in Übereinstimmung mit dem Beschluss vom 19. November 2021 auf den 31. Oktober 2023 datiert.

**Zum Inkrafttreten**

Mit Ausnahme der in Satz 2 des Abschnitts III gesondert ausgewiesenen Regelung zum Inkrafttreten bezüglich der Änderungen nach Abschnitt II Nummer 7, die aus der Abstimmung mit dem Inkrafttreten des Änderungsbeschlusses vom 19. November 2021 folgt, treten die Änderungen der Richtlinie am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Anwendbarkeit der Regelungen gemäß Abschnitt II Nummer 2, 4 und 6 hängt vom Inkrafttreten der diesbezüglichen Regelungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V ab.

**3. Würdigung der Stellungnahmen**

[Platzhalter]

**4. Bürokratiekostenermittlung**

[Platzhalter]

**5. Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
01.07.2021		Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
21.10.2021	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
06.04.2022	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO)
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung und Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschlussfassung
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

**B-5.3 Stellungnahme Fachberatung Medizin**

# Stellungnahme

Abteilung Fachberatung Medizin



**Vergleichende Darstellung der gesetzlichen Qualifizierungsvorgaben/Ausbildungsinhalte für Pflegefachkräfte mit Fokus auf den Erwerb der Befähigung zur eigenständigen Bestimmung der Häufigkeit und Dauer der im Leistungsverzeichnis der HKP-RL abgebildeten HKP-Maßnahmen**

Auftrag / Anfrage von: AG HKP (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 2. Februar 2022

Letzte Aktualisierung: 2. Februar 2022

Dateiname: STN\_Pflegefachpersonen\_2022-02-02



## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
Abbildungsverzeichnis .....	2
Tabellenverzeichnis .....	2
Abkürzungsverzeichnis .....	3
1 Sachverhalt .....	4
2 Methodisches Vorgehen .....	5
2.1 Literaturrecherche .....	5
2.2 Auswahl der Gesetze, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen .....	5
2.3 Pflegeschulen und primärqualifizierende Studiengänge .....	6
3 Ergebnisse .....	7
3.1 Allgemeine Angaben zur beruflichen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz ..	7
3.2 Gesetze – Verordnungen – Kompetenzbereiche .....	10
3.2.1 Vorbehaltene Tätigkeiten .....	10
3.2.2 Ausbildung und Ausbildungsziele .....	11
3.2.3 Kompetenzbereiche .....	14
3.3 Ausbildungsmöglichkeiten zur Pflegefachkraft in Deutschland .....	18
4 Zusammenfassung .....	20
5 Fazit .....	21
Referenzen .....	22
Anhang .....	24
Glossar (Zitate aus der Arbeitshilfe für die praktische Pflegeausbildung [9]) .....	24
Auszüge aus der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) [3] .....	26
Auszüge aus der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) [1] .....	44
Auszüge aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) [2] .....	48
Genealogie zur Berufsausbildung in der Pflege .....	54

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: grafische Darstellung der generalistischen Pflegeausbildung sowie gesonderter Abschlüsse [13] .....	9
Abbildung 2: Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte (verkürzte Darstellung) [14] .....	16

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung auftragsrelevanter Paragraphen aus dem PflBG, dem AltPflG (außer Kraft) und dem KrPflG (außer Kraft) .....	12
Tabelle 2: Kompetenzbereiche gemäß PflAPrV [3] .....	15
Tabelle 3: Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland (Stand: 21.12.2021) .....	18

## Abkürzungsverzeichnis

AltPflAPrV	Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
AltPflG	Altenpflegegesetz
B.A.	Bachelor of Arts
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
B.Sc.	Bachelor of Science
CE	Curriculare Einheit
EU	Europäische Union
FBMed	Fachberatung Medizin
ff.	folgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GVWG	Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz
HKP	Häusliche Krankenpflege
k. A.	keine Angaben
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
PflAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflBRefG	Pflegeberufereformgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

## 1 Sachverhalt

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde der G-BA in § 37 Absatz 8 SGB V beauftragt, in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) Vorgaben insbesondere für die eigenständige Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte<sup>1</sup> zu regeln.

Die AG HKP-RL hat sich in ihrer Sitzung am 26. Oktober 2021 erstmals hierzu ausgetauscht. In der AG bestand Einigkeit, dass als Grundlage für die Beratungen von der Qualifikation nach dreijähriger Ausbildung der Pflegefachkräfte (ohne zusätzliche Fortbildungen) ausgegangen werden solle. Hierfür ist relevant, für welche der im Leistungsverzeichnis der HKP-RL aufgeführten Maßnahmen von einer hinreichenden Qualifikation im Hinblick auch auf die eigenständige Bestimmung von Dauer und Häufigkeit aufgrund der Ausbildungsinhalte auszugehen ist und für welche nicht.

Um dies einschätzen zu können, wurde die FBMed um eine vergleichende Übersicht der relevanten Ausbildungsinhalte nach

- dem Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017),
- dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz)
- dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)

mit Fokus auf den Erwerb von Kompetenzen, die den Pflegefachkräften eine eigenständige Bestimmung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen nach dem Häusliche Krankenpflege (HKP)-Leistungskatalog ermöglichen, gebeten.

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung Pflegefachkraft wird in diesem Dokument synonym zu Pflegefachperson verwendet.

## 2 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der HKP-Richtlinie sind verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege in einem Leistungsverzeichnis aufgeführt. Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt derzeit eine Verordnung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, respektive durch die in § 4 Absatz 6 HKP-RL genannten Berufsgruppen, voraus, wobei u. a. Beginn, Häufigkeit und Dauer der zu erbringenden Leistung anzugeben sind.

Um eine Einschätzung vornehmen zu können, ob Pflegefachkräfte, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger und Altenpflegerinnen/Altenpfleger im Rahmen ihrer dreijährigen Ausbildung befähigt werden, selbst die Häufigkeit und Dauer von dazu geeigneten Maßnahmen aus dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL zu bestimmen, wurden die Angaben zur Ausbildung (z. B. Gesetze, Ausbildungs- und Prüfungsordnungen) dementsprechend untersucht.

Die Berufsgruppen Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz und Pflegehelfer/Pflegehelferin bzw. Pflegehilfskräfte waren für diesen Auftrag nicht relevant.

### 2.1 Literaturrecherche

Es wurde eine umfangreiche sowie gezielte, iterative Handsuche nach gesetzlichen Qualifizierungsvorgaben/Ausbildungsinhalten für Pflegefachkräfte in Deutschland durchgeführt. Der Suchzeitraum wurde nicht eingeschränkt und die Recherche wurde am 12.11.2021 abgeschlossen. Die Recherche erfolgte auf den Internetseiten *Bundesgesetzblatt Online*, *www.gesetze-im-internet.de*, *Bundesinstitut für Berufsbildung* und *Pflegeausbildung.net* sowie mit der Suchmaschine <https://www.google.com/>.

Für die Recherche nach den Publikationen wurden folgende Begriffe in verschiedenen Schreibvarianten verwendet: Rahmenlehrplan, Lehrplan, Curriculum, Pflege, Pflegeausbildung, Krankenpflege, Gesundheitspflege, Altenpflege, generalistische Pflegeausbildung.

Die Recherche ergab insgesamt 147 Referenzen, die anschließend anhand von Titel und Abstract gescreent wurden. Davon wurden 65 Referenzen eingeschlossen und im Volltext einem zweiten Screening unterzogen.

Insgesamt wurden 14 Dokumente in der Stellungnahme berücksichtigt.

### 2.2 Auswahl der Gesetze, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

Das Altenpflegegesetz (AltPflG) [4], das Krankenpflegegesetz (KrPflG) [5] und das Pflegeberufegesetz (PflBG) [6] wurden durchgesehen, um auftragsrelevante Informationen zur Qualifikation, die eine Bestimmung der Dauer und Häufigkeit von HKP-Maßnahmen durch Pflegefachkräfte ermöglichen könnten, herauszufiltern und diese Informationen vergleichend darzustellen. Ergänzend wurden die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG [11] hinzugezogen.

Ebenfalls wurden die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zur Altenpflege (AltPflAPrV) [1] und für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) [2] sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 56 PflBG [3] dementsprechend untersucht. Die AltPflAPrV und KrPflAPrV, sind relevant, da Pflegekräfte mit diesen Ausbildungen weiterhin in der Versorgung tätig sind und für diese dann auch die Kompetenzerweiterung angewendet werden soll. In den aufgeführten Verordnungen werden z. B. die Einzelheiten zur Ausbildungsstruktur, den Ausbildungsinhalten sowie den Prüfungen und der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse geregelt.



### **2.3 Pflegeschulen und primärqualifizierende Studiengänge**

Zudem wurde die Anzahl der Pflegefachschulen und der universitären Studiengänge (Bachelor) mit dem staatlich anerkannten Abschluss zur Pflegefachkraft gemäß PfIBG ermittelt, um einen Überblick über die Ausbildungslandschaft in Deutschland zu erhalten.

Geplant war die Curricula von universitären Studiengängen und Pflegeschulen bzgl. auftragsrelevanter Informationen durchzusehen, wobei für jedes Bundesland nur ein oder zwei Beispiele zufällig ausgewählt wurden. Zusätzlich wurden einzelne zufällig ausgewählte Pflegeschulen in jedem Bundesland bzgl. ihrer aktuellen Curricula für die Pflegeausbildung angefragt.

Bzgl. der universitären Ausbildung erfolgte keine Berücksichtigung von Master- oder Promotionsstudiengängen.

#### **Anmerkungen:**

- Im Anhang dieser Ausarbeitung findet sich ein kurzes Glossar (Auszüge aus [9]) (siehe Seite 24).
- Für die vorliegende Stellungnahme wurden ausschließlich auftragsrelevante Aspekte dargestellt. Eine vollumfängliche Darstellung der Pflegeausbildungen erfolgt nicht.
- Texte in kursiver Schrift stellen wörtliche Zitate aus der jeweils angegebenen Quelle dar.

### 3 Ergebnisse

Über das Pflegeberufegesetz wurden die bisherigen Ausbildungen für die Pflegefachberufe in den Bereichen der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in eine generalistische Ausbildung zusammengefasst, die zum Berufsabschluss Pflegefachfrau / Pflegefachmann führt.<sup>2</sup>

Im Folgenden finden sich erst allgemeine Angaben zur beruflichen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz. Anschließend werden die relevanten Gesetze (Altenpflegegesetz (AltPflG), Krankenpflegegesetz (KrPflG) und Pflegeberufegesetz(PfllBG)) in Hinblick auf auftragsrelevante Informationen zur Qualifikation, die eine Bestimmung der Dauer und Häufigkeit von HKP-Maßnahmen durch Pflegefachkräfte ermöglichen, dargestellt. Abschließend werden die Ausbildungsmöglichkeiten zur Pflegefachkraft in Deutschland kurz aufgeführt.

#### 3.1 Allgemeine Angaben zur beruflichen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz

Seit dem 01. Januar 2020 wird die Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PfllBG) umgesetzt. Auf der Internetseite des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) werden relevante Informationen zur Pflegeausbildung übersichtlich und verständlich dargestellt, sowohl für potentielle Auszubildende als auch für Ausbilder und Pflegeschulen. U. a. finden sich Angaben zu Zugangsvoraussetzungen, zur Ausbildungsstruktur, zur generalistischen Ausbildung, zu den gesonderten Abschlüssen in der Alten- und in der Kinderkrankenpflege und zur Dauer der Ausbildung. [13] Diese Angaben werden im Folgenden als wörtliche Zitate wiedergegeben.

- Zugangsvoraussetzungen

*„Einen Zugang zur Pflegeausbildung haben alle Schülerinnen und Schüler mit einem mittleren Schulabschluss oder einer anderen erfolgreich abgeschlossenen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung. Für Schülerinnen und Schüler mit einem 9-jährigen Hauptschulabschluss bietet eine Pflegehelferinnen- und Pflegehelferausbildung bzw. Pflegeassistentenausbildung, die bestimmten Anforderungen genügen muss, einen Einstieg. Bei einer Entscheidung nach erfolgreichem Abschluss für eine weitergehende Ausbildung zur Pflegefachkraft erfolgt auf Antrag der Auszubildenden bzw. des Auszubildenden eine Verkürzung der Ausbildungszeit um ein Drittel. Anstelle der Pflegehelfer- oder Pflegeassistentenausbildung eröffnet auch die Kombination aus Hauptschulabschluss und einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer Mindestdauer von 2 Jahren den Zugang zur Pflegeausbildung.“ [13]*

- Ausbildungsstruktur

*„Die berufliche Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht an Pflegeschulen und einer praktischen Ausbildung bei einer Ausbildungseinrichtung (sogenannter Träger der praktischen Ausbildung) und weiteren Einrichtungen aus den unterschiedlichen Pflegebereichen. Unterricht und praktische Ausbildung wechseln sich ab. Der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung erfolgt beim Träger der praktischen Ausbildung, also dem Ausbildungsbetrieb, mit dem der oder die Auszubildende den Ausbildungsvertrag geschlossen hat. Im Rahmen der praktischen Ausbildung finden Einsätze in allen Versorgungsbereichen statt, also im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen, bei*

<sup>2</sup> Eine grafische Übersicht zur Genealogie der Pflegeberufe findet sich im Anhang Seite 54.



ambulanten Pflegediensten sowie in der psychiatrischen Pflege und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.' [13]

- **Generalistische Pflegeausbildung**  
*„Kern des Pflegeberufgesetzes ist die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung. Diese befähigt die Auszubildenden, Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen zu pflegen. Die generalistische Pflegeausbildung schließt nach drei Jahren mit dem Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ ab. Da die Absolventinnen und Absolventen nach der Ausbildung in allen Versorgungsbereichen der Pflege arbeiten können, stehen ihnen vielfältige Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten offen. Zudem wird der Berufsabschluss automatisch EU-weit anerkannt. Damit besteht die Möglichkeit, auch im EU-Ausland als Pflegefachkraft arbeiten zu können.“*
- **Gesonderte Abschlüsse in der Alten- und in der Kinderkrankenpflege**  
*„Alle Auszubildenden starten mit dem im Ausbildungsvertrag festgelegten Berufsziel „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“. Auszubildende, die den Schwerpunkt ihrer Ausbildung von Anfang an auf die Pflege alter Menschen durch eine entsprechende Wahl des Trägers der praktischen Ausbildung gelegt haben und deshalb ihren Vertiefungseinsatz im Bereich der Langzeitpflege gewählt haben, erhalten vor Beginn des letzten Drittels ihrer Ausbildung ein Wahlrecht. Sie können entscheiden, ob sie die begonnene generalistische Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ bzw. zum „Pflegefachmann“ fortsetzen oder ob sie ihre Ausbildung auf einen Abschluss als „Altenpfleger / Altenpflegerin“ ausrichten. In diesem Fall werden sie im letzten Drittel der Ausbildung speziell zur Pflege alter Menschen ausgebildet. Auszubildende mit dem Schwerpunkt Pädiatrie können entsprechend die Spezialisierung in der Kinderkrankenpflege wählen. Berufsabschluss ist dann „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ bzw. „-pfleger“. Der Ausbildungsvertrag ist bei Ausübung des Wahlrechts an den neuen angestrebten Berufsabschluss anzupassen. Das Wahlrecht kann frühestens sechs Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels mit Wirkung für das letzte Ausbildungsdrittel ausgeübt werden. Bis dahin hat die oder der Auszubildende alle maßgeblichen Einsatzbereiche bereits einmal kennengelernt. Anders als beim generalistischen Berufsabschluss werden die Abschlüsse in der „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ sowie in der „Altenpflege“ nicht automatisch EU-weit anerkannt. Vor Aufnahme der Berufstätigkeit in einem anderen EU-Mitgliedstaat muss daher im Einzelfall geprüft werden, inwieweit die deutsche Ausbildung anerkannt wird. Nach einer Anerkennung besteht auch mit den gesonderten Abschlüssen die Möglichkeit, im EU-Ausland als Pflegefachkraft arbeiten zu können. Der Bedarf für diese gesonderten Abschlüsse wird sechs Jahre nach Beginn der neuen Pflegeausbildung überprüft. Der Deutsche Bundestag entscheidet dann, ob die jeweiligen Regelungen aufgehoben oder beibehalten werden.“ [13] (siehe Abbildung 1)*
- **Dauer der Ausbildung**  
*„Eine Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz dauert drei Jahre als Vollzeitausbildung. Wird sie als Teilzeitausbildung durchgeführt, kann sie bis zu fünf Jahre dauern. Auf Antrag kann die Ausbildung verkürzt werden, indem eine andere erfolgreich abgeschlossene Ausbildung oder erfolgreich abgeschlossene Teile einer anderen Ausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf bis zu zwei Drittel der Ausbildungsdauer angerechnet werden. Die Ausbildung ist auf Antrag um ein Drittel ihrer Dauer zu verkürzen bei einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung in Assistenz- und Helferberufen der Pflege, die bestimmten Mindestanforderungen genügt, die von den Konferenzen der Arbeits- und Sozialminister bzw. der Gesundheitsminister der Länder festgelegt wurden.“ [13]*

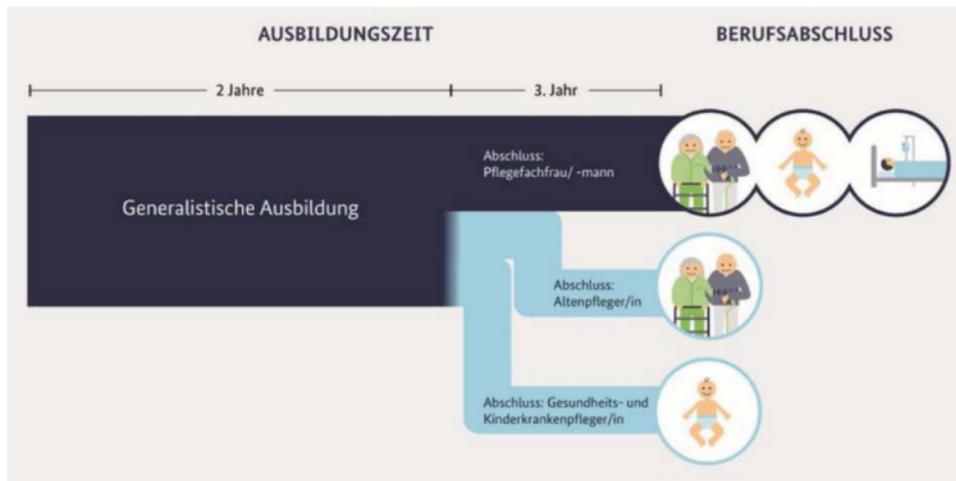


Abbildung 1: grafische Darstellung der generalistischen Pflegeausbildung sowie gesonderter Abschlüsse [13]

Zusätzlich finden sich auf der Internetseite des BMFSFJ [13] Informationen zur primärqualifizierenden Pflegeausbildung an Hochschulen. Die angebotenen Studiengänge sollen zur ‚Pflege von Menschen aller Altersstufen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik‘ befähigen. [13]

Das Studium vermittelt neben den Inhalten der beruflichen Ausbildung unter anderem Kompetenzen zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse, zur Erschließung der neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und für eine kritisch reflexive Auseinandersetzung mit theoretischem wie praktischem Pflegewissen. Auch die Fähigkeit zur Mitwirkung an der Qualitätsentwicklung gehört dazu.

Das Studium dauert mindestens drei Jahre und umfasst theoretische und praktische Lehrveranstaltungen an der Hochschule im Umfang von mindestens 2 100 Stunden und Praxiseinsätze im Umfang von mindestens 2 300 Stunden in Einrichtungen der ambulanten und stationären Akut- und Langzeitpflege und anderen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung. Das Studium ist durchgängig generalistisch gestaltet.

Die Zugangsvoraussetzungen zum Pflegestudium bestimmen sich nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zum Hochschulzugang. Hier gibt es neben dem Abitur noch viele andere Wege, die den Zugang zum Studium eröffnen.

Gleichwertige Leistungen können auf das Pflegestudium angerechnet werden. Eine erfolgreich abgeschlossene berufliche Pflegeausbildung soll das Pflegestudium um die Hälfte verkürzen.

Das Studium schließt mit der Verleihung des akademischen Grades durch die Hochschule ab. Die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung ist dabei Bestandteil der hochschulischen Prüfung. Die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ beziehungsweise „Pflegefachmann“ wird in Verbindung mit dem akademischen Grad geführt.‘ [13]

### 3.2 Gesetze – Verordnungen – Kompetenzbereiche

Am 17. Juli 2017 wurde im Rahmen des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) das Pflegeberufegesetz (PflBG) beschlossen [6], das am 1. Januar 2020 in Kraft trat. Parallel dazu traten das Krankenpflegegesetz (KrPflG) [5] und das Altenpflegegesetz (AltPflG) [4] am 31. Dezember 2019 außer Kraft.

Die generalistische Pflegeausbildung wird über das Pflegeberufegesetz [6] und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 56 PflBG [3] geregelt<sup>3</sup>. Zusätzlich gibt es erstmals bundeseinheitliche Rahmenpläne mit empfehlender Wirkung, die von einer Kommission gemäß § 53 PflBG erarbeitet wurden. *„Sie dienen den Pflegeschulen und den Trägern der praktischen Ausbildung als Orientierungshilfen für die Entwicklung der schulinternen Curricula einerseits und der Ausbildungspläne andererseits. Auch für die Länder stellen sie eine Orientierung dar, ohne jedoch in deren Durchführungszuständigkeit einzugreifen.“* [11]

Die Ausbildung und Prüfung zur Altenpflegerin /zum Altenpfleger werden in der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt (AltPflAPrV)<sup>4</sup> [1]. Die Ausbildungen und Prüfungen zum Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger / zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)<sup>5</sup> geregelt [2].

Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Krankenpflegegesetz, die vor Ablauf des 31. Dezember begonnen wurden, können gemäß § 66 PflBG bis zum 31. Dezember 2024 abgeschlossen werden. Die nach dem AltPflG bzw. dem KrPflG erworbenen Berufsbezeichnungen gelten gemäß § 64 PflBG fort.

Eine Übersicht über weitere Gesetze, Richtlinien, Verordnungen, Rahmenverträge, Verwaltungsvorschriften und Festsetzungen, die in dem jeweiligen Bundesland zur Anwendung kommen, findet sich auf den Seiten des BMFSFJ [7].

#### 3.2.1 Vorbehaltene Tätigkeiten

Im Vergleich zum Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz sind im § 4 Pflegeberufegesetz erstmals vorbehaltene Tätigkeiten, deren Umsetzung nur Pflegekräften mit bestimmten Berufsbezeichnung erlaubt ist, definiert:

##### *§ 4 Vorbehaltene Tätigkeiten*

*(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.*

*(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen*

- 1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,*
- 2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie*
- 3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.*

<sup>3</sup> Auszüge aus der PflAPrV Gliederung der Ausbildung, zur Prüfung und zum theoretischen und praktischen Unterricht so wie der praktischen Ausbildung finden sich im Anhang (siehe S. 26 ff.).

<sup>4</sup> Auszüge aus der AltPflAPrV (Gliederung der Ausbildung, Prüfung, Anlage 1) finden sich im Anhang (siehe S. 44 ff.).

<sup>5</sup> Auszüge aus der KrPflAPrV (Gliederung der Ausbildung, Prüfung, Anlage 1) finden sich im Anhang (siehe S. 48 ff.).



*(3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden. [6]*

Diese vorbehaltenen Tätigkeiten sind – zum Schutz der zu pflegenden Menschen – ausschließlich Pflegekräften mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau oder Pflegefachmann bzw. gemäß § 64 PflBG auch Pflegekräften mit der Berufsbezeichnung Altenpflegerin / Altenpfleger und Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin / Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger erlaubt. [6,11]

### 3.2.2 Ausbildung und Ausbildungsziele

Die Ausbildungszeit nach dem Pflegeberufegesetz beträgt drei Jahre in Vollzeit und bis zu fünf Jahre in Teilzeitform. Die Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz bzw. nach dem Krankenpflegegesetz umfassten ebenfalls 3 Jahre in Vollzeit bzw. maximal 5 Jahre in Teilzeitform.

Als Ausbildungsziele im Rahmen der Altenpflegeausbildung werden in § 3 AltPflG [4] u. a. zehn Aspekte genannt, die für eine selbständige und eigenverantwortliche Pflege erforderlich sind (siehe Tabelle 1). Die Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger umfasst 2 100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2 500 Stunden praktische Ausbildung, in denen die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden sollen. Die Stundenverteilung bzgl. der Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts bzw. der praktischen Ausbildung werden in Anlage 1 der AltPflAPrV [1] aufgeführt (siehe Anhang Seite 45).

Laut § 3 KrPflG [5] soll die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entsprechend dem ‚*allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln*‘ (siehe Tabelle 1). Die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege umfassen mindestens 2 100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2 500 Stunden in der praktischen Ausbildung. ‚*Die Ausbildung beinhaltet eine 1 200 Stunden umfassende Differenzierungsphase im Unterricht und in der praktischen Ausbildung, die sich auf die für die Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu vermittelnden Kompetenzen erstreckt.*‘ Die Stundenverteilung bzgl. der Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts bzw. der praktischen Ausbildung werden in Anlage 1 der KrPflAPrV [2] aufgeführt (siehe Anhang Seite 50).

Die generalistische Ausbildung in der Pflege umfasst lt. PflAPrV [3] ebenfalls 2 100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht so wie 2 500 Stunden in der praktischen Ausbildung. Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann lt. PflBG [4] sollen ‚*die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion*‘ vermittelt werden (siehe Tabelle 1). Die erforderlichen Kompetenzen werden 5 Kompetenzbereichen zugeordnet (siehe Abschnitt 3.2.3). Die Stundenverteilung bzgl. der Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts bzw. der praktischen Ausbildung werden in der Anlage 6 respektive Anlage 7 der PflAPrV [3] (siehe Anhang: Seiten 42-43).

Tabelle 1: Gegenüberstellung auftragsrelevanter Paragraphen aus dem PflBG, dem AltPflG (außer Kraft) und dem KrPflG (außer Kraft)

Pflegeberufegesetz (PflBG) [6]	Altenpflegegesetz (AltPflG) [4]	Krankenpflegegesetz (KrPflG) [5]
<p>§ 5 Ausbildungsziel</p> <p>(1) Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion. Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biographie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt.</p> <p>(2) Pflege im Sinne des Absatzes 1 umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.</p> <p>(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen</p> <p>1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,</li> <li>Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,</li> <li>Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,</li> <li>Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,</li> </ol>	<p>Ausbildung in der Altenpflege</p> <p>§ 3</p> <p>(1) Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,</li> <li>die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen, die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,</li> <li>die Mitwirkung an qualitätsichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,</li> <li>die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,</li> <li>die umfassende Begleitung Sterbender,</li> <li>die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,</li> </ol>	<p>§ 3 Ausbildungsziel</p> <p>(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).</p> <p>(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen: <ol style="list-style-type: none"> <li>Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,</li> </ol> </li> </ol>

Pflegeberufegesetz (PflBG) [6]	Altenpflegegesetz (AltPflG) [4]	Krankenpflegegesetz (KrPflG) [5]
<p>e) Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen,</p> <p>f) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,</p> <p>g) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,</p> <p>h) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,</p> <p>i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen,</p> <p>2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,</p> <p>3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.</p> <p>(4) Während der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann werden ein professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis entwickelt und gestärkt.</p>	<p>8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,</p> <p>9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und</p> <p>10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.</p> <p>Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.</p>	<p>b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,</p> <p>c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,</p> <p>d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,</p> <p>2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,</li> <li>Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,</li> <li>Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,</li> </ol> <p>3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.</p>

Die hochschulische Pflegeausbildung nach § 37 PflBG hat im Vergleich zur beruflichen Pflegeausbildung nach Teil 2 ein erweitertes Ausbildungsziel und umfasst zusätzliche Kompetenzen. Die hochschulische Pflegeausbildung *‚befähigt darüber hinaus insbesondere*

1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,
2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,
3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können und
5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.‘ [6]

### 3.2.3 Kompetenzbereiche

Die in § 5 PflBG [6] genannten Kompetenzen werden in der PflAPrV [3] aufgeführt und konkretisiert. Die Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 9 PflAPrV zum Pflegefachmann / zur Pflegefachfrau findet sich in der Anlage 2 der PflAPrV (siehe Anhang Seite 35), die Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 26 PflAPrV zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit der Fokussierung auf Kinder und Jugendliche finden sich in der Anlage 3 der PflAPrV. Die Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 28 PflAPrV zur Altenpflegerin / Altenpfleger mit Fokussierung auf alte Menschen sind in der Anlage 4 der PflAPrV aufgeführt.

Insgesamt werden 5 Kompetenzbereiche genannt, die den Pflegeprozess, die Kommunikation, die Zusammenarbeit, rechtliche und wissenschaftliche Grundlagen umfassen:

- I. Pflegeprozess: Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.
- II. Kommunikation: Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.
- III. Zusammenarbeit: Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.
- IV. Rechtliche Grundlagen: Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.
- V. Wissenschaftliche Grundlagen: Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

Die Kompetenzen für die Prüfung an hochschulischen Pflegeausbildung nach § 32 PflAPrV sind in der Anlage 5 der PflAPrV aufgelistet (siehe Anhang Seite 40).

In Tabelle 2 findet sich eine Zusammenstellung der Kompetenzbereiche gemäß PflAPrV.

Tabelle 2: Kompetenzbereiche gemäß PflAPrV [3]

Kompetenzbereiche	Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach			Kompetenzen für die Prüfung der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 32
	§ 9 zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann	§ 26 zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	§ 28 zur Altenpflegerin / Altenpfleger	
Pflegeprozess	I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren. <sup>6</sup>	Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren. <sup>7</sup>	Pflegebedarfe von alten Menschen erkennen sowie Pflege- und Betreuungsprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.	Wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation auch von hochkomplexen Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen.
Kommunikation	II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten. <sup>6</sup>	Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten. <sup>7</sup>	Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten. <sup>8</sup>	Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen.
Zusammenarbeit	III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten. <sup>6</sup>	Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten. <sup>7</sup>	Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten. <sup>8</sup>	Verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen.
Rechtliche Grundlagen	IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen. <sup>6</sup>	Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen. <sup>7</sup>	Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen. <sup>8</sup>	Reflexion und Begründung des eigenen Handelns vor dem Hintergrund von Gesetzen, Verordnungen, ethischen Leitlinien und Mitwirkung an der Entwicklung und Implementierung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards.
Wissenschaftliche Grundlagen	V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen. <sup>6</sup>	Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen. <sup>7</sup>	Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen. <sup>8</sup>	Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen sowie Beteiligung an der Berufsentwicklung

<sup>6</sup> Fokus auf Menschen aller Altersstufen

<sup>7</sup> Fokus auf Kinder und Jugendliche

<sup>8</sup> Fokus auf alten Menschen

Den fünf Kompetenzbereichen werden Kompetenzschwerpunkte zugeordnet (siehe Abbildung 2). Diese werden in der PflAPrV (Anlage 2 bis 5) weiter präzisiert [3]. *„Kompetenzen werden in diesem Kontext nicht als abstrakte Befähigungen verstanden, sie sind vielmehr anforderungsorientiert formuliert und deutlich auf komplexe Pflege- und Berufssituationen ausgerichtet. Kompetenz wird verstanden als die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen.“* [11]

Kompetenzbereiche	Kompetenzschwerpunkte
I Pflegeprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.1 Planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern, evaluieren</li> <li>• I.2 Pflegeprozess und Pflegediagnostik bei gesundheitlichen Problemen mit Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>• I.3 Pflegeprozess in hoch belasteten, kritischen Lebenssituationen</li> <li>• I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln</li> <li>• I.5 Bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten</li> <li>• I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern</li> </ul>
II Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• II.1 Kommunikation und Interaktion gestalten und eine angemessene Information sicherstellen</li> <li>• II.2 Information, Schulung, Beratung organisieren, gestalten, steuern und evaluieren</li> <li>• II.3 Ethisch reflektiert handeln</li> </ul>
III Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen</li> <li>• III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen</li> <li>• III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern</li> </ul>
IV Rechtliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IV.1 Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen</li> <li>• IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten</li> </ul>
V Wissenschaftliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien, Modellen ausrichten</li> <li>• V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen</li> </ul>

Abbildung 2: Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte (verkürzte Darstellung) [14]

Für die Umsetzung in die Pflegeausbildung hat eine Fachkommission nach § 53 PflBG bundeseinheitliche Rahmenpläne mit empfehlender Wirkung erarbeitet worden [11]. Die Rahmenpläne beinhalten Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung.

In den Rahmenlehrplänen werden für den theoretischen und praktischen Unterricht elf curriculare Einheiten (CE) aufgeführt. *„In den curricularen Einheiten werden die hiermit korrespondierenden Kompetenzen aus den Anlagen 1 bis 4 PflAPrV im Wortlaut übernommen“*, z. B. *„Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“*. *„Gemäß § 51 Abs. 2 PflAPrV sind die curricularen Einheiten für den theoretischen und praktischen Unterricht kompetenzorientiert und fächerintegrativ konzipiert. Neben Zielen und Inhalten beinhalten sie Anregungen für die weitere Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen. Insgesamt liegen für die generalistische Ausbildung elf curriculare Einheiten vor, von denen acht im letzten Ausbildungsdrittel im Sinne eines spiralförmigen Aufbaus fortgeführt werden. Für die Fortführung und den Abschluss der Ausbildungen nach den Anlagen 3 und 4 werden jeweils sieben curriculare Einheiten für die Pflege von Kindern und Jugendlichen und für die Pflege von alten Menschen beschrieben.“* [11]



*„Bei der Erstellung der curricularen Einheiten hat die Fachkommission die vom Gesetzgeber festgelegten Stundenumfänge für die fünf Kompetenzbereiche berücksichtigt. In jeder der curricularen Einheiten sind Kompetenzen aus allen fünf Kompetenzbereichen integriert, z. T. mit etwas unterschiedlichen Gewichtungen.“ [11]*

In den Rahmenausbildungsplänen finden sich Empfehlungen für den Orientierungseinsatz im ersten Ausbildungsdrittel, den Pflichteinsätzen im zweiten Ausbildungsdrittel und den Vertiefungseinsätzen im letzten Ausbildungsdrittel. [11]

*„Die von der Fachkommission vorgelegten Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht und die Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung nach den Anlagen 1 und 2 sowie 3 und 4 sind Bestandteile der nach § 50 PflAPrV geregelten integrierten Bildungspläne. Zur Sicherstellung ihrer Aktualität werden sie von der Fachkommission kontinuierlich – mindestens jedoch alle fünf Jahre – überprüft und ggf. angepasst. Voraussetzung hierfür sind Verfahren der Evaluation, über die sich die Fachkommission in einem ihrer weiteren Arbeitsschritte verständigen wird.“ [11]*

### 3.3 Ausbildungsmöglichkeiten zur Pflegefachkraft in Deutschland

Auf der Internetseite des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) werden in einer Übersicht über 1 150 Pflegeschulen, an denen eine Ausbildung zur Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz möglich ist, aufgelistet [13] (Stand: 21.12.2021). (siehe Tabelle 3)

Ebenso findet sich dort – nach Bundesländern geordnet – eine Übersicht mit insgesamt 30 Hochschulen, die einen primärqualifizierenden Studiengang (Bachelor) nach dem Pflegeberufegesetz anbieten. ‚Die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung ist dabei Bestandteil der hochschulischen Prüfung.‘ [8]. (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3: Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland (Stand: 21.12.2021)

Bundesland	Anzahl Pflegeschulen	Anzahl primärqualifizierender Studiengänge (B.Sc./B.A.) nach PflBG
Baden-Württemberg	150	5
Bayern	126	7 <sup>9</sup>
Berlin	44	3
Brandenburg	33	1
Bremen	12	1
Hamburg	13	1
Hessen	105	2
Mecklenburg-Vorpommern	29	1
Niedersachsen	131	k. A.
Nordrhein-Westfalen	241	3
Rheinland-Pfalz	72	1
Saarland	17	0
Sachsen	85	2, davon einer in Planung
Sachsen-Anhalt	47	1
Schleswig-Holstein	37	1
Thüringen	43	1

Quellen: [8,13] eigene Darstellung

Sowohl die Pflegeschulen als auch die Hochschulen erstellen gemäß §6 PflBG respektive §38 PflBG ihre eigenen Curricula nach den Empfehlungen des Rahmenplans der Fachkommission [11] und den Vorgaben der PflAPrV [3]. Unterstützend hat das Bundesinstitut für Berufsbildung als Umsetzhilfe Handreichungen für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule [14] bzw. für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis [12] erstellt.

<sup>9</sup> Die Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten verleiht nach erfolgreichem Abschluss den Titel Pflege (B.Sc.). Die Erlaubnis zur Berufszulassung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann muss beim Bezirk Schwaben beantragt werden. (URL: <https://www.hs-kempten.de/soziales-und-gesundheit/bachelor/pflege> Zugriff: 21.12.2021)



Über die Recherche waren 22 Dokumente zu primärqualifizierenden Studiengängen nach dem Pflegeberufegesetz an 15 Hochschulen gefunden worden. Diese Dokumente (z. B. Modulhandbücher, Studien- und Prüfungsordnungen, Akkreditierungsunterlagen) wurden im Rahmen dieser Ausarbeitung nicht weiter berücksichtigt, da auftragsbezogen kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten war.

Parallel zur Literaturrecherche wurde in jedem Bundesland jeweils eine zufällig ausgewählte Pflegeschule (n=16) kontaktiert und ihr aktuelles Curriculum für die Pflegeausbildung erfragt. Drei Pflegeschulen gaben als Rückmeldung, dass sie sich an die Vorgaben des Landes halten würden. Die Curricula von 3 Pflegeschulen waren online verfügbar. Von 10 Pflegeschulen war keine Antwort eingegangen. Die Curricula wurden im Rahmen dieser Ausarbeitung ebenfalls nicht weiter berücksichtigt, da auftragsbezogen kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten war.

## 4 Zusammenfassung

- Seit dem 01. Januar 2020 erfolgt die Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz.
- Das Pflegeberufegesetz führte zur Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung, die es ermöglicht Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen zu pflegen.
- Die generalistische Pflegeausbildung an Pflegeschulen schließt nach drei Jahren mit dem Berufsabschluss Pflegefachfrau / Pflegefachmann ab. Dieser Abschluss wird EU-weit anerkannt.
- Im Rahmen der Ausbildung an Pflegeschulen besteht die Möglichkeit statt des Abschlusses Pflegefachfrau / Pflegefachmann gesonderte Abschlüsse zu Altenpfleger / Altenpflegerin bzw. zu Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zu erzielen. Diese Abschlüsse werden nicht automatisch EU-weit anerkannt.
- Im § 4 PflBG werden folgende vorbehaltene Tätigkeiten definiert, die nur durch Pflegekräfte mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 PflBG durchgeführt werden dürfen:
  - die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
  - die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
  - die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.
- Pflegekräfte mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau / Pflegefachmann bzw. mit der Berufsbezeichnung Altenpflegerin / Altenpfleger und Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin / Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger dürfen vorbehaltene Tätigkeiten durchführen.
- In der PflAPrV werden 5 Kompetenzbereiche vorgegeben:
  - I. Pflegeprozess: Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.
  - II. Kommunikation: Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.
  - III. Zusammenarbeit: Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.
  - IV. Rechtliche Grundlagen: Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.
  - V. Wissenschaftliche Grundlagen: Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.
- Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG beinhalten Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung mit empfehlender Wirkung.
- In curricularen Einheiten hat die Fachkommission die vom Gesetzgeber festgelegten Stundenumfänge für die fünf Kompetenzbereiche berücksichtigt. In jeder der curricularen Einheiten sind Kompetenzen aus allen fünf Kompetenzbereichen integriert.



- Es gibt derzeit mehr als 1 150 Pflegeschulen in Deutschland, an denen die generalistische Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz angeboten wird.
- Es gibt aktuell 30 Hochschulen in Deutschland, die einen primärqualifizierenden Studiengang (Bachelor) nach dem Pflegeberufegesetz anbieten.
- Die Pflegeschulen und Hochschulen erstellen eigene Curricula auf Basis der Empfehlungen aus den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG.

## 5 Fazit

Im Rahmen der Pflegeausbildung nach PflBG, AltPflG und KrPflG und den jeweils zugehörigen Verordnungen haben die Absolventen mit den Berufsbezeichnungen Pflegefachfrau / Pflegefachmann, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin / Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger und Altenpflegerin / Altenpfleger Kompetenzen erworben, die es ihnen ermöglichen vorbehaltene Tätigkeiten nach § 4 PflBG durchzuführen.

Diese vorbehaltenen Tätigkeiten sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

## Referenzen

1. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26. November 2002. Bundesgesetzblatt 2002;Teil 1(81):4418-4428.
2. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. Bundesgesetzblatt 2003;Teil 1(55):2263-2273.
3. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt 2018;Teil 1(34):1572-1621.
4. Bekanntmachung der Neufassung des Altenpflegegesetzes vom 25. August 2003. Bundesgesetzblatt 2003;Teil 1(44):1690-1696.
5. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003. Bundesgesetzblatt 2003;Teil 1(36):1442-1458.
6. Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt 2017;Teil 1(49):2581-2614.
7. Gesetzliche Regelungen in den Bundesländern [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [Zugriff: 10.11.2021]. URL: <https://www.pflegeausbildung.net/beratung-und-information/gesetzliche-grundlagen-und-uebergangsregelungen/landesgesetzliche-regelungen.html>.
8. Primärqualifizierende Studiengänge nach Pflegeberufegesetz [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [Zugriff: 10.11.2021]. URL: <https://www.pflegeausbildung.net/alles-zur-ausbildung/pflegestudium/uebersicht-der-studiengaenge.html>.
9. **Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)**. Arbeitshilfe für die praktische Pflegeausbildung; Version 2.1 [online]. Stand: September 2019. Berlin (GER): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2019. [Zugriff: 11.11.2021]. URL: [https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/Publikationen/Broschuere\\_Arbeitshilfe\\_Pflegeeinrichtungen.pdf](https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/Publikationen/Broschuere_Arbeitshilfe_Pflegeeinrichtungen.pdf).
10. **Bundesinstitut für Berufsbildung (bibb)**. Pflegefachfrau/ Pflegefachmann (Ausbildung) [online]. Bonn (GER): BIBB. [Zugriff: 11.11.2021]. (Informationen zu Aus- und Fortbildungsberufen: Steckbrief Pflegeberufe). URL: <https://www.bibb.de/de/119485.php>.
11. **Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz**. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht; Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung; 2., überarbeitete Auflage [online]. Bonn (GER): Bundesinstitut für Berufsbildung; 2020. [Zugriff: 10.11.2021]. URL: <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/download/16560>.
12. **Jürgens A, Dauer B**. Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis. Bonn (GER): Bundesinstitut für Berufsbildung; 2021. URL: <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/download/17175>.
13. **Pflegeausbildung.net**. Webauftritt [online]. [Zugriff: 10.11.2021]. URL: <https://www.pflegeausbildung.net/>.



14. **Saul S, Jürgens A.** Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule: Erläuterungen des PflBG, der PflAPrV und des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach § 53 PflBG; Umsetzungshilfe für schulinterne Curricula. Bonn (GER): Bundesinstitut für Berufsbildung; 2021. URL: <https://bibb-dspace.bibb.de/rest/bitstreams/a91a0a5e-d5db-4d55-bcc2-d401c3f112a3/retrieve>.

## Anhang

### Glossar (Zitate aus der Arbeitshilfe für die praktische Pflegeausbildung [9])

#### **Generalistik**

*Generalistik bedeutet die Zusammenführung mehrerer Berufe zu einem gemeinsamen Berufsbild. Mit dem Pflegeberufegesetz entsteht ein neues Berufsbild Pflege durch die Zusammenführung der drei bisherigen Pflegefachberufe in den Bereichen der „Altenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“.*

*Die neue, generalistische Ausbildung befähigt die Auszubildenden zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen. Damit stehen diesen Auszubildenden auch im Berufsleben mehr Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten offen. Aufgrund der automatischen Anerkennung des generalistischen Berufsabschlusses gilt dieser auch in anderen Mitgliedsstaaten der EU.*

#### **Spezialisierung**

*Auszubildende, die durch die Wahl eines entsprechenden Vertiefungseinsatzes in der stationären Langzeitpflege oder in der ambulanten Pflege mit Ausrichtung auf die Langzeitpflege den Schwerpunkt ihrer Ausbildung auf die Pflege alter Menschen gelegt haben, erhalten vor Beginn des letzten Drittels ihrer Ausbildung ein Wahlrecht. Sie können entscheiden, ob sie die begonnene generalistische Ausbildung zum Pflegefachmann / zur Pflegefachfrau fortsetzen oder ob sie ihre Ausbildung neu ausrichten auf einen Abschluss als Altenpfleger / Altenpflegerin. In diesem Fall werden sie im letzten Drittel der Ausbildung speziell zur Pflege alter Menschen ausgebildet. Eine entsprechende Regelung gilt für die Pädiatrie.*

*Über dieses Wahlrecht muss im Ausbildungsvertrag informiert werden. Das Wahlrecht steht ausschließlich der oder dem Auszubildenden zu. Es soll vier Monate und kann frühestens sechs Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels ausgeübt werden. Bis dahin hat die oder der Auszubildende alle maßgeblichen Einsatzbereiche bereits einmal kennengelernt*

*Wird das Wahlrecht von der oder dem Auszubildenden ausgeübt, ist der Ausbildungsvertrag entsprechend anzupassen. Die Festschreibung einer Spezialisierung bereits zu Beginn der Ausbildung ist unzulässig und bindet den beziehungsweise die Auszubildende nicht.*

*Der Abschluss als „Altenpfleger/-in“ ist ebenso wie der Abschluss als „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ in Bezug auf die Vorbehaltsaufgaben dem Abschluss als Pflegefachmann / Pflegefachfrau gleichgestellt. Es fehlen die universelle Einsetzbarkeit in allen Bereichen der Pflege und die EU-weite Anerkennung.*

#### **Start der neuen Ausbildung**

*Das Pflegeberufegesetz gilt für alle Ausbildungen, die ab dem 1. Januar 2020 begonnen werden. Ausbildungen nach dem Altenpflege- oder dem Krankenpflegegesetz, die bis zum 31. Dezember 2019 begonnen werden, werden in der Regel noch nach den Regelungen des Altenpflege- oder des Krankenpflegegesetzes abgeschlossen.*

#### **Struktur der Ausbildung**

*Die Ausbildung gliedert sich in einen schulischen und einen betrieblichen Teil. Der theoretische und praktische Unterricht findet an einer staatlichen oder staatlichen anerkannten Pflegeschule statt und hat einen Umfang von mindestens 2 100 Stunden. Ihm liegt ein schulinternes Curriculum zugrunde.*

*Die praktische Ausbildung ist mit mindestens 2 500 Stunden deutlich umfangreicher. Sie wird auf der Basis eines Ausbildungsplans durchgeführt, der vom Träger der praktischen Ausbildung zu erstellen ist und sich am schulinternen Curriculum orientiert. Sie gliedert sich in:*

- Orientierungseinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung 400 Stunden
- Pflichteinsätze in der allgemeinen
  - Akutpflege in stationären Einrichtungen 400 Stunden



- Langzeitpflege in stationären Einrichtungen 400 Stunden
- ambulanten Akut- und Langzeitpflege 400 Stunden
- Pflichteinsätze in den speziellen Bereichen der
  - pädiatrischen Versorgung 120 Stunden<sup>10</sup>
  - allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung 120 Stunden
- Vertiefungseinsatz 500 Stunden
- weitere Einsätze 160 Stunden

Der Orientierungseinsatz und die Pflichteinsätze in der allgemeinen Pflege dürfen nur in Einrichtungen stattfinden, die Träger der praktischen Ausbildung sein können. Die Pflichteinsätze in der speziellen Pflege und die weiteren Einsätze können dagegen auch in anderen Einrichtungen durchgeführt werden, die zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte geeignet sind. Der Vertiefungseinsatz soll beim Träger der praktischen Ausbildung stattfinden.

Die Pflichteinsätze in der allgemeinen Pflege und der Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung müssen bis zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels absolviert werden.

#### **Vertiefungseinsatz**

Die zukünftigen, generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte werden in der Lage sein, in allen Bereichen der Pflege (Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie psychiatrische Versorgung) tätig zu werden.

Auch in der generalistischen Ausbildung werden im Rahmen der praktischen Ausbildung mit der Wahl der Ausbildungseinrichtung und eines Vertiefungseinsatzes (Spezialisierung) in einem Bereich besondere Kenntnisse erworben. Ein Vertiefungseinsatz ist jedoch keine Bedingung für eine spätere Berufstätigkeit in dem entsprechenden Bereich, und er schließt umgekehrt eine spätere Berufstätigkeit in einem anderen Pflegebereich nicht aus.

#### **Vorbehaltspflichten**

Im Pflegeberufgesetz werden erstmals Vorbehaltspflichten für Pflegefachkräfte definiert, Aufgaben also, die nur durch Pflegefachkräfte (Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger) durchgeführt werden dürfen.

Vorbehaltspflichten sind:

- die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
- die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Die Durchführung pflegerischer Maßnahmen ist keine Vorbehaltspflicht.

In den Vorbehaltspflichten spiegelt sich der Pflegeprozess wider als berufsspezifische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung der Pflegearrangements. Die Definition von Vorbehaltspflichten bedeutet eine wesentliche Aufwertung des Pflegeberufs. Die charakteristischen Kernaufgaben der beruflichen Pflege dürfen nur durch zielgerichtet ausgebildetes Pflegepersonal wahrgenommen werden, das aufgrund seiner Ausbildung über die notwendigen Kompetenzen verfügt. Arbeitgeber dürfen Beschäftigten, die keine Pflegefachkräfte sind, Vorbehaltspflichten weder übertragen noch deren Durchführung durch diese Personen dulden.

<sup>10</sup> Der Einsatz in der Pädiatrie kann bis Ende 2024 mit 60 Stunden, höchstens 120 Stunden eingeplant werden. Die gegebenenfalls frei werdenden Stunden erhöhen entsprechend die Stunden des Orientierungseinsatzes.



## **Auszüge aus der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) [3]**

### **Eingangsformel**

Auf Grund des § 56 Absatz 1 und 2 des Pflegeberufegesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) verordnen das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam und hinsichtlich § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 im Benehmen, hinsichtlich § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und 6 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, hinsichtlich § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 im Benehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bundestages vom 28. Juni 2018:

### **Abschnitt 1**

#### **Ausbildung und Leistungsbewertung**

##### **§ 1 Inhalt und Gliederung der Ausbildung**

(1) Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann befähigt die Auszubildenden in Erfüllung des Ausbildungsziels nach § 5 des Pflegeberufegesetzes Menschen aller Altersstufen in den allgemeinen und speziellen Versorgungsbereichen der Pflege pflegen zu können. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind in Anlage 2 konkretisiert. Der Kompetenzerwerb in der Pflege von Menschen aller Altersstufen berücksichtigt auch die besonderen Anforderungen an die Pflege von Kindern und Jugendlichen sowie alten Menschen in den unterschiedlichen Versorgungssituationen sowie besondere fachliche Entwicklungen in den Versorgungsbereichen der Pflege.

(2) Die Ausbildung umfasst mindestens

1. den theoretischen und praktischen Unterricht mit einem Umfang von 2 100 Stunden gemäß der in Anlage 6 vorgesehenen Stundenverteilung und
2. die praktische Ausbildung mit einem Umfang von 2 500 Stunden gemäß der in Anlage 7 vorgesehenen Stundenverteilung.

(3) Die Ausbildung erfolgt im Wechsel von Abschnitten des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung. Der Unterricht und die praktische Ausbildung erfolgen aufeinander abgestimmt auf der Grundlage von Kooperationsverträgen nach § 8.

(4) Fehlzeiten können nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes angerechnet werden, soweit diese einen Umfang von 25 Prozent der Stunden eines Pflichteinsatzes nicht überschreiten. Urlaub ist in der unterrichtsfreien Zeit zu gewähren. Die Erreichung des Ausbildungsziels eines Pflichteinsatzes darf durch die Anrechnung von Fehlzeiten nicht gefährdet werden.

(5) Bei Ausbildungen in Teilzeit nach § 6 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Pflegeberufegesetzes ist sicherzustellen, dass die Mindeststundenzahl nach Absatz 2 erreicht wird. Absatz 4 gilt entsprechend.

(6) Unter unmittelbarer Aufsicht von Inhabern einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1, § 58 Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufegesetzes sollen ab der zweiten Hälfte der Ausbildungszeit mindestens 80, höchstens 120 Stunden der praktischen Ausbildung im Rahmen des Nachtdienstes abgeleistet werden.

(7) Die zuständige Behörde weist die Auszubildende oder den Auszubildenden auf die Möglichkeit der Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 oder Absatz 3 des Pflegeberufegesetzes hin. Der Hinweis erfolgt schriftlich oder elektronisch so rechtzeitig, dass die oder der Auszubildende das Wahlrecht innerhalb der Frist nach § 59 Absatz 5 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes ausüben kann.

##### **§ 2 Theoretischer und praktischer Unterricht**

(1) Im Unterricht nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 sind die Kompetenzen zu vermitteln, die zur Erreichung des Ausbildungsziels nach § 5 des Pflegeberufegesetzes erforderlich sind. Die Auszubildenden werden befähigt, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens sowie auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse die beruflichen Aufgaben zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbständig zu lösen sowie das Ergebnis zu beurteilen. Während des Unterrichts ist die Entwicklung der zur Ausübung des Pflegeberufs erforderlichen personalen Kompetenz einschließlich der Sozialkompetenz und der Selbständigkeit zu fördern.

(2) Im Unterricht ist sicherzustellen, dass die verschiedenen Versorgungsbereiche und Altersstufen angemessen berücksichtigt werden.

(3) Die Pflegeschule erstellt ein schulinternes Curriculum unter Berücksichtigung der Empfehlungen im Rahmenlehrplan nach § 51.

### **§ 3 Praktische Ausbildung**

(1) Während der praktischen Ausbildung nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 sind die Kompetenzen zu vermitteln, die zur Erreichung des Ausbildungsziels nach § 5 des Pflegeberufgesetzes erforderlich sind. Die Auszubildenden werden befähigt, die im Unterricht und in der praktischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen aufeinander zu beziehen, miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln.

(2) Die praktische Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung soll mindestens 1 300 Stunden umfassen. Ein Pflichteinsatz nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes und der Orientierungseinsatz sind beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführen. Der Vertiefungseinsatz soll beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt werden. Er ist in dem für den Vertiefungseinsatz gewählten Versorgungsbereich gemäß dem Ausbildungsvertrag durchzuführen.

(3) Die praktische Ausbildung beginnt beim Träger der praktischen Ausbildung mit dem Orientierungseinsatz. Die Pflichteinsätze in den allgemeinen Versorgungsbereichen der Pflege nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes sowie der Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung nach § 7 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes sind in den ersten zwei Dritteln der Ausbildungszeit durchzuführen. Der Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung, der Vertiefungseinsatz sowie die weiteren Einsätze sind im letzten Ausbildungsdrittel durchzuführen. Die genaue zeitliche Reihenfolge wird im Ausbildungsplan festgelegt.

(4) Soweit während eines Einsatzes einer Auszubildenden oder eines Auszubildenden nach § 7 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes in der jeweiligen Einrichtung keine Pflegefachkräfte tätig sind, ist im Hinblick auf die Anforderungen nach § 7 Absatz 5 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes ein angemessenes Verhältnis von Auszubildenden zu anderen, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte geeigneten Fachkräften zu gewährleisten.

(5) Der von den Auszubildenden zu führende Ausbildungsnachweis nach § 17 Satz 2 Nummer 3 des Pflegeberufgesetzes ist von der Pflegeschule so zu gestalten, dass sich aus ihm die Ableistung der praktischen Ausbildungsanteile in Übereinstimmung mit dem Ausbildungsplan und eine entsprechende Kompetenzentwicklung feststellen lassen. Die Pflegeschule berücksichtigt bei der Gestaltung des Ausbildungsnachweises den Musterentwurf nach § 60 Absatz 5.

### **§ 4 Praxisanleitung**

(1) Die Einrichtungen der praktischen Ausbildung stellen die Praxisanleitung sicher. Aufgabe der Praxisanleitung ist es, die Auszubildenden schrittweise an die Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann heranzuführen, zum Führen des Ausbildungsnachweises nach § 3 Absatz 5 anzuhalten und die Verbindung mit der Pflegeschule zu halten. Die Praxisanleitung erfolgt im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit, geplant und strukturiert auf der Grundlage des vereinbarten Ausbildungsplanes.

(2) Während des Orientierungseinsatzes, der Pflichteinsätze in Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes und des Vertiefungseinsatzes erfolgt die Praxisanleitung nach Absatz 1 Satz 2 durch Personen, die über mindestens ein Jahr Berufserfahrung als Inhaberin oder Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1, nach § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder nach § 64 des Pflegeberufgesetzes in den letzten fünf Jahren und die Befähigung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter nach Absatz 3 verfügen; die Berufserfahrung soll im jeweiligen Einsatzbereich erworben worden sein. Während der weiteren Einsätze der praktischen Ausbildung soll die Praxisanleitung nach Absatz 1 Satz 2 durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte sichergestellt werden.

(3) Die Befähigung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter ist durch eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen. Für Personen, die am 31. Dezember 2019 nachweislich über die Qualifikation zur Praxisanleitung nach § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen, wird diese der berufspädagogischen Zusatzqualifikation gleichgestellt.

### § 5 Praxisbegleitung

Die Pflegeschule stellt durch ihre Lehrkräfte für die Zeit der praktischen Ausbildung die Praxisbegleitung in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung in angemessenem Umfang sicher. Aufgabe der Lehrkräfte ist es, die Auszubildenden insbesondere fachlich zu betreuen und zu beurteilen sowie die Praxisanleiterinnen oder die Praxisanleiter zu unterstützen. Hierzu ist eine regelmäßige persönliche Anwesenheit der Lehrkräfte in den Einrichtungen zu gewährleisten. Im Rahmen der Praxisbegleitung soll für jede Auszubildende oder für jeden Auszubildenden daher mindestens ein Besuch einer Lehrkraft je Orientierungseinsatz, Pflichteinsatz und Vertiefungseinsatz in der jeweiligen Einrichtung erfolgen.

### Abschnitt 2

#### Bestimmungen für die staatliche Prüfung

##### § 14 Schriftlicher Teil der Prüfung

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Prüfungsbereiche aus den Kompetenzbereichen I bis V der Anlage 2:

1. Pflegeprozessgestaltung einschließlich Interaktion und Beziehungsgestaltung in akuten und dauerhaften Pflegesituationen (Kompetenzschwerpunkte I.1, II.1) unter Einbeziehung von lebensweltlichen Aspekten und pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung sowie unter Berücksichtigung von Autonomieerhalt und Entwicklungsförderung der zu pflegenden Menschen (Kompetenzschwerpunkte I.5, I.6), wobei darüber hinaus ausgewählte Kontextbedingungen des Kompetenzbereiches IV in die Fallbearbeitung einbezogen werden sollen,
2. Pflegeprozessgestaltung bei Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung mit verschiedenen Schwerpunkten und Gesichtspunkten von Beratung (Kompetenzschwerpunkte I.2, II.2), wobei im Rahmen der Fallbearbeitung erforderliche Handlungsentscheidungen anhand von pflegewissenschaftlichem Begründungswissen begründet werden sollen (Kompetenzschwerpunkt V.1),
3. Pflegeprozesssteuerung in kritischen und krisenhaften Pflegesituationen (Kompetenzschwerpunkte I.3, I.4) in Verbindung mit der eigenständigen Durchführung ärztlicher Anordnungen (Kompetenzschwerpunkt III.2) und ethischen Entscheidungsprozessen (Kompetenzschwerpunkt II.3).

(2) Die zu prüfende Person hat zu jedem dieser drei Prüfungsbereiche in jeweils einer entsprechenden Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte fallbezogene Aufgaben zu bearbeiten. Die Fallsituationen für die drei Aufsichtsarbeiten sollen insgesamt variiert werden in Bezug auf

1. die Altersstufe, der die zu pflegenden Menschen angehören,
2. das soziale und kulturelle Umfeld der oder des zu pflegenden Menschen,
3. die Versorgungsbereiche, in denen die Fallsituationen verortet sind.

(3) Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 120 Minuten. Sie sind in der Regel an drei aufeinanderfolgenden Werktagen durchzuführen. Die Aufsichtsführenden werden von der Schulleitung bestellt.

(4) Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeiten werden von der zuständigen Behörde auf Vorschlag der Pflegeschule ausgewählt. Die zuständige Behörde kann zentrale Prüfungsaufgaben vorgeben, die unter Beteiligung von Pflegeschulen erarbeitet werden. In diesem Fall ist von der zuständigen Behörde ein landeseinheitlicher Prüfungstermin festzulegen.

(5) Jede Aufsichtsarbeit ist von mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern gemäß § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 zu benoten. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Note der einzelnen Aufsichtsarbeit.

(6) Der schriftliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn jede der drei Aufsichtsarbeiten mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

(7) Die Gesamtnote für den schriftlichen Teil der Prüfung bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses aus dem arithmetischen Mittel der Noten der Aufsichtsarbeiten und der Vornote für den schriftlichen Teil der Prüfung nach § 13 Absatz 1 und 2.

#### § 15 Mündlicher Teil der Prüfung

(1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Kompetenzbereiche der Anlage 2:

1. intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten (Kompetenzbereich III),
2. das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen (Kompetenzbereich IV),
3. das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen (Kompetenzbereich V).

Den Schwerpunkt des mündlichen Teils der Prüfung bilden die Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsrolle und dem beruflichen Selbstverständnis und teambezogene, einrichtungsbezogene sowie gesellschaftliche Kontextbedingungen und ihr Einfluss auf das pflegerische Handeln.

(2) Die drei Kompetenzbereiche der mündlichen Prüfung werden anhand einer komplexen Aufgabenstellung geprüft. Die Prüfungsaufgabe besteht in der Bearbeitung einer Fallsituation aus einem anderen Versorgungskontext als dem der praktischen Prüfung und bezieht sich auch auf eine andere Altersstufe, der die zu pflegenden Menschen angehören.

(3) Die zu prüfenden Personen werden einzeln oder zu zweit geprüft. Die Prüfung soll für jede zu prüfende Person mindestens 30 und nicht länger als 45 Minuten dauern. Eine angemessene Vorbereitungszeit unter Aufsicht ist zu gewähren.

(4) Die Prüfung wird von mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern gemäß § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 abgenommen und benotet. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und dabei selbst Prüfungsfragen zu stellen.

(5) Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Prüfungsnote.

(6) Der mündliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfung mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

(7) Die Gesamtnote für den mündlichen Teil der Prüfung bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses aus der Prüfungsnote und der Vornote für den mündlichen Teil der Prüfung nach § 13 Absatz 1 und 2.

(8) Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann mit Zustimmung der zu prüfenden Person die Anwesenheit von Zuhörerinnen und Zuhörern beim mündlichen Teil der Prüfung gestatten, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

#### § 16 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Kompetenzbereiche I bis V der Anlage 2.

(2) Der praktische Teil der Prüfung besteht aus einer Aufgabe der selbständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege. Die zu prüfende Person zeigt die erworbenen Kompetenzen im Bereich einer umfassenden personenbezogenen Erhebung des Pflegebedarfs, der Planung der Pflege, der Durchführung der erforderlichen Pflege und der Evaluation des Pflegeprozesses sowie im kommunikativen Handeln und in der Qualitätssicherung und übernimmt in diesem Rahmen alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege. Wesentliches Prüfungselement sind die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 des Pflegeberufgesetzes.

(3) Die Prüfungsaufgabe soll insbesondere den Versorgungsbereich berücksichtigen, in dem die zu prüfende Person im Rahmen der praktischen Ausbildung den Vertiefungseinsatz nach § 6 Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolviert hat. Sie wird auf Vorschlag der Pflegeschule unter Einwilligung des zu pflegenden Menschen und des für den zu pflegenden Menschen verantwortlichen Fachpersonals durch die Fachprüferinnen und Fachprüfer nach Absatz 6 bestimmt.

(4) Die Prüfung findet in realen und komplexen Pflegesituationen statt. Sie erstreckt sich auf die Pflege von mindestens zwei Menschen, von denen einer einen erhöhten Pflegebedarf aufweist. Die zu prüfenden Personen werden einzeln geprüft.

(5) Die Prüfung besteht aus der vorab zu erstellenden schriftlichen oder elektronischen Ausarbeitung des Pflegeplans (Vorbereitungsteil), einer Fallvorstellung mit einer Dauer von maximal 20 Minuten, der Durchführung der geplanten und situativ erforderlichen Pflegemaßnahmen und einem Reflexionsgespräch mit einer Dauer von maximal 20 Minuten. Die Prüfung ohne Vorbereitungsteil soll einschließlich des Reflexionsgesprächs die Dauer von 240 Minuten nicht überschreiten und kann durch eine organisatorische Pause von maximal einem Werktag unterbrochen werden. Für den Vorbereitungsteil ist eine angemessene Vorbereitungszeit unter Aufsicht zu gewähren.



(6) Die Prüfung wird von mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern, von denen eine oder einer Fachprüferin oder Fachprüfer nach § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist, abgenommen und benotet. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und dabei selbst Prüfungsfragen zu stellen.

(7) Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Prüfungsnote.

(8) Der praktische Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfung mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

(9) Die Gesamtnote für den praktischen Teil der Prüfung bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses aus der Prüfungsnote und der Vornote für den praktischen Teil der Prüfung nach § 13 Absatz 1 und 2.

## Teil 2

### Besondere Vorschriften zur beruflichen Pflegeausbildung nach Teil 5 des Pflegeberufgesetzes

#### Abschnitt 1

#### Allgemeine Vorschriften

##### § 25 Anwendbarkeit der Vorschriften nach Teil 1

Auf die berufliche Pflegeausbildung nach Teil 5 des Pflegeberufgesetzes finden die Vorschriften des Teils 1 Anwendung, soweit sich aus den nachfolgenden Vorschriften dieses Teils nicht etwas anderes ergibt.

#### Abschnitt 2

#### Berufliche Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

##### § 26 Inhalt und Durchführung der Ausbildung, staatliche Prüfung

(1) Die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes befähigt die Auszubildenden in Erfüllung des Ausbildungsziels nach § 5 in Verbindung mit § 60 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes zur Pflege von Kindern und Jugendlichen. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind in Anlage 3 konkretisiert.

(2) Die Praxiseinsätze im letzten Ausbildungsdrittel sind gemäß der Stundenverteilung nach Anlage 7 in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Der Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung nach § 7 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes erfolgt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Der im Ausbildungsvertrag vereinbarte Ausbildungsplan ist, soweit erforderlich, anzupassen.

(3) Gegenstand der staatlichen Prüfung sind die auf der Grundlage von § 5 in Verbindung mit § 60 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes in Anlage 3 aufgeführten Kompetenzen. Die Fachprüferinnen oder Fachprüfer nach § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sollen im Bereich der Pflege von Kindern und Jugendlichen tätig sein.

##### § 27 Gegenstände des schriftlichen, mündlichen und praktischen Teils der Prüfung

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Prüfungsbereiche aus den Kompetenzbereichen I bis V der Anlage 3:

1. Pflegeprozessgestaltung einschließlich Interaktion und Beziehungsgestaltung in akuten und dauerhaften Pflegesituationen (Kompetenzschwerpunkte I.1, II.1) unter Einbeziehung von lebensweltlichen Aspekten und pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung sowie unter Berücksichtigung von Autonomieerhalt und Entwicklungsförderung der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen (Kompetenzschwerpunkte I.5, I.6), wobei darüber hinaus ausgewählte Kontextbedingungen des Kompetenzbereiches IV in die Fallbearbeitung einbezogen werden sollen,
2. Pflegeprozessgestaltung bei Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung mit verschiedenen Schwerpunkten und Gesichtspunkten von Beratung (Kompetenzschwerpunkte I.2, II.2), wobei im Rahmen der Fallbearbeitung erforderliche Handlungsentscheidungen anhand von



- pflegewissenschaftlichem Begründungswissen begründet werden sollen (Kompetenzschwerpunkt V.1),
3. Pflegeprozesssteuerung in kritischen und krisenhaften Pflegesituationen (Kompetenzschwerpunkte I.3, I.4) in Verbindung mit der eigenständigen Durchführung ärztlicher Anordnungen (Kompetenzschwerpunkt III.2) und ethischen Entscheidungsprozessen (Kompetenzschwerpunkt II.3).
- (2) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Kompetenzbereiche der Anlage 3:
1. intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten (Kompetenzbereich III),
  2. das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen (Kompetenzbereich IV),
  3. das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen (Kompetenzbereich V).
- Den Schwerpunkt des mündlichen Teils der Prüfung bilden die Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsrolle und dem beruflichen Selbstverständnis und teambezogene, einrichtungsbezogene sowie gesellschaftliche Kontextbedingungen und ihr Einfluss auf das pflegerische Handeln.
- (3) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Kompetenzbereiche I bis V der Anlage 3.
- (4) Die Fallsituationen in den verschiedenen Teilen der Prüfung sind der Pflege von Kindern und Jugendlichen zu entnehmen.

### Abschnitt 3

#### Berufliche Ausbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger

##### § 28 Inhalt und Durchführung der Ausbildung, staatliche Prüfung

- (1) Die Ausbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes befähigt die Auszubildenden in Erfüllung des Ausbildungsziels nach § 5 in Verbindung mit § 61 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes zur Pflege von alten Menschen. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind in Anlage 4 konkretisiert.
- (2) Die Praxiseinsätze im letzten Ausbildungsdrittel sind gemäß der Stundenverteilung nach Anlage 7 in Bereichen der Versorgung von alten Menschen durchzuführen. Der Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung nach § 7 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes erfolgt in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Der im Ausbildungsvertrag vereinbarte Ausbildungsplan ist, soweit erforderlich, anzupassen.
- (3) Gegenstand der staatlichen Prüfung sind die auf der Grundlage von § 5 in Verbindung mit § 61 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes in Anlage 4 aufgeführten Kompetenzen. Die Fachprüferinnen oder Fachprüfer nach § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sollen im Bereich der Pflege alter Menschen tätig sein.

##### § 29 Gegenstände des schriftlichen, mündlichen und praktischen Teils der Prüfung

- (1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Prüfungsbereiche aus den Kompetenzbereichen I bis V der Anlage 4:
  1. Pflegeprozessgestaltung einschließlich Interaktion und Beziehungsgestaltung in akuten und dauerhaften Pflegesituationen (Kompetenzschwerpunkte I.1, II.1) unter Einbeziehung von lebensweltlichen Aspekten und pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung sowie unter Berücksichtigung von Autonomieerhalt und Entwicklungsförderung der zu pflegenden alten Menschen (Kompetenzschwerpunkte I.5, I.6), wobei darüber hinaus ausgewählte Kontextbedingungen des Kompetenzbereiches IV in die Fallbearbeitung einbezogen werden sollen,
  2. Pflegeprozessgestaltung bei alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung mit verschiedenen Schwerpunkten und Gesichtspunkten von Beratung (Kompetenzschwerpunkte I.2, II.2), wobei im Rahmen der Fallbearbeitung erforderliche Handlungsentscheidungen anhand von pflegewissenschaftlichem Begründungswissen begründet werden sollen (Kompetenzschwerpunkt V.1),
  3. Pflegeprozesssteuerung in kritischen und krisenhaften Pflegesituationen (Kompetenzschwerpunkte I.3, I.4) in Verbindung mit der eigenständigen Durchführung ärztlicher Anordnungen (Kompetenzschwerpunkt III.2) und ethischen Entscheidungsprozessen (Kompetenzschwerpunkt II.3).



- (2) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Kompetenzbereiche der Anlage 4:
1. intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten (Kompetenzbereich III),
  2. das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen (Kompetenzbereich IV),
  3. das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen (Kompetenzbereich V).
- Den Schwerpunkt des mündlichen Teils der Prüfung bilden die Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsrolle und dem beruflichen Selbstverständnis und teambezogene, einrichtungsbezogene sowie gesellschaftliche Kontextbedingungen und ihr Einfluss auf das pflegerische Handeln.
- (3) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Kompetenzbereiche I bis V der Anlage 4.
- (4) Die Fallsituationen in den verschiedenen Teilen der Prüfung sind der Pflege von alten Menschen zu entnehmen.

### Teil 3

#### Hochschulische Pflegeausbildung

##### § 30 Inhalt und Gliederung der hochschulischen Pflegeausbildung

- (1) Die hochschulische Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes befähigt dazu, Menschen aller Altersstufen in den allgemeinen und speziellen Versorgungsbereichen der Pflege in Erfüllung der Ausbildungsziele nach § 37 des Pflegeberufgesetzes pflegen zu können. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind in Anlage 5 konkretisiert. Der Kompetenzerwerb in der Pflege von Menschen aller Altersstufen berücksichtigt auch die besonderen Anforderungen an die Pflege von Kindern und Jugendlichen sowie alten Menschen in den unterschiedlichen Versorgungssituationen.
- (2) Die hochschulische Pflegeausbildung umfasst unter Beachtung der Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22; L 271 vom 16.10.2007, S. 18) einen Arbeitsaufwand der Studierenden von jeweils insgesamt mindestens 4 600 Stunden. Davon entfallen mindestens 2 100 auf die Lehrveranstaltungen und mindestens 2 300 Stunden auf die Praxiseinsätze in Einrichtungen nach § 7 des Pflegeberufgesetzes. Mindestens jeweils 400 der auf die Praxiseinsätze entfallenden Stunden sind in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes durchzuführen.
- (3) Die hochschulische Pflegeausbildung erfolgt im Wechsel von Lehrveranstaltungen und Praxiseinsätzen. Die Koordination erfolgt durch die Hochschule.
- (4) Das modulare Curriculum wird auf der Grundlage der Ausbildungsziele nach § 37 des Pflegeberufgesetzes und der Vorgaben der Anlage 5 erstellt.
- (5) Stellt die Hochschule bei der zuständigen Behörde einen Antrag nach § 38 Absatz 3 Satz 4 des Pflegeberufgesetzes, legt sie in einem Konzept dar, dass das Ziel der Praxiseinsätze, insbesondere das Ziel, als Mitglied eines Pflegeteams in unmittelbarem Kontakt mit zu pflegenden Menschen zu lernen, nicht gefährdet wird.
- (6) Fehlzeiten dürfen das Ausbildungsziel nach § 37 des Pflegeberufgesetzes nicht gefährden. Das Nähere regelt die Hochschule.

##### § 31 Durchführung der hochschulischen Pflegeausbildung

- (1) Die Hochschule gewährleistet über schriftliche Kooperationsverträge mit den Einrichtungen die Durchführung der Praxiseinsätze und stellt damit sicher, dass sie in angemessenem Umfang eine Praxisanleitung entsprechend den Vorgaben des modularen Curriculums der Hochschule durchführen. Die Praxisanleitung erfolgt durch geeignetes, in der Regel hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal. Die Länder können weitergehende Regelungen treffen. Sie können bis zum 31. Dezember 2029 auch abweichende Anforderungen an die Eignung der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter zulassen.
- (2) Die Hochschule stellt für die Zeit der Praxiseinsätze die Praxisbegleitung der Studierenden in angemessenem Umfang sicher. Sie regelt über Kooperationsverträge mit den Einrichtungen der Praxiseinsätze die Durchführung der Praxisbegleitung in den Einrichtungen und die Zusammenarbeit mit den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern.



(3) Den Studierenden dürfen im Rahmen der Praxiseinsätze nur Aufgaben übertragen werden, die dem Ausbildungszweck und dem Ausbildungsstand entsprechen; die übertragenen Aufgaben sollen den physischen und psychischen Kräften der Studierenden angemessen sein.

**§ 32 Modulprüfungen und staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung**

- (1) Die Prüfung umfasst jeweils einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil. Gegenstand der staatlichen Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung sind die Kompetenzen nach § 39 Absatz 2 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes. Im schriftlichen und mündlichen Teil der Prüfung hat die zu prüfende Person ihre Fachkompetenz und die zur Ausübung des Berufs erforderliche personale Kompetenz einschließlich der Sozialkompetenz und der Selbständigkeit nachzuweisen. Im praktischen Teil der Prüfung hat die zu prüfende Person nachzuweisen, dass sie über die zur Pflege von Menschen auch in hochkomplexen Pflegesituationen erforderlichen Kompetenzen verfügt und befähigt ist, die Aufgaben in der Pflege gemäß dem Ausbildungsziel des Pflegeberufgesetzes auszuführen.
- (2) Die zu prüfende Person legt den schriftlichen und mündlichen Teil der Prüfung bei der Hochschule ab, an der sie die hochschulische Pflegeausbildung abschließt.
- (3) Der praktische Teil der Prüfung wird in der Regel in der Einrichtung abgelegt, in der der Vertiefungseinsatz nach § 38 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes durchgeführt wurde.
- (4) Die Hochschule legt mit Zustimmung der zuständigen Behörde die Module des Studiengangs fest, in denen die Überprüfung der Kompetenzen nach § 39 Absatz 2 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes erfolgt, sowie die Art der jeweiligen Modulprüfung nach Maßgabe der §§ 35 bis 37.

**§ 35 Schriftlicher Teil der Prüfung**

- (1) Der schriftliche Teil der Prüfung umfasst drei Aufsichtsarbeiten.
- (2) Für die drei Aufsichtsarbeiten sind Module zu folgenden Prüfungsbereichen aus den Kompetenzbereichen I bis V der Anlage 5 festzulegen:
1. die Planung, Organisation, Gestaltung, Steuerung und Durchführung von Pflegeprozessen bei komplexen und hochkomplexen Pflegebedarfen, spezifischen Klientengruppen in Pflegesituationen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen sowie in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorien, Modelle und Forschungsergebnisse übernehmen,
  2. die Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne und unterstützen Menschen aller Altersgruppen bei der Lebensgestaltung auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden und Forschungsergebnisse fördern,
  3. Beratungs- und Schulungskonzepte auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse konzipieren, gestalten, reflektieren und evaluieren,
  4. Kommunikations-, Interaktions- und Beratungsprozesse in der Pflegepraxis auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden und unter ethischen Gesichtspunkten analysieren, reflektieren und evaluieren,
  5. die pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen sowie die Formen von intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit analysieren und reflektieren und an der Gestaltung von Strukturen und Versorgungsprozessen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse mitwirken,
  6. ärztliche Anordnungen und Maßnahmen der Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation unter Berücksichtigung vertieften forschungsbasierten Wissens begründen,
  7. Forschungsergebnisse bewerten und forschungsgestützte Problemlösungen sowie neue Technologien für die Gestaltung von Pflegeprozessen nutzen.
- (3) Soweit Module prüfungsbereichsübergreifend konzipiert sind, müssen die genannten Prüfungsbereiche in den gewählten Modulen jeweils zumindest einen Schwerpunkt bilden. Die zu prüfende Person hat in den Aufsichtsarbeiten schriftlich gestellte fallbezogene Aufgaben zu bearbeiten. Die Fallsituationen für die drei Aufsichtsarbeiten sollen insgesamt variiert werden in Bezug auf
1. die Altersstufe, der die zu pflegenden Menschen angehören,
  2. das soziale und kulturelle Umfeld der oder des zu pflegenden Menschen,
  3. die Versorgungsbereiche, in denen die Fallsituationen verortet sind.
- In allen drei Aufsichtsarbeiten werden die Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen geprüft. Die Aufsichtsarbeiten schließen jeweils das nach Absatz 2 zugeordnete Modul ab.



- (4) Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils mindestens 120 Minuten. Sie sind in der Regel an drei aufeinanderfolgenden Werktagen durchzuführen. Die Aufsichtsführenden werden von der Hochschule bestellt.
- (5) Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeiten werden auf Vorschlag der Hochschule durch die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses bestimmt.
- (6) Jede Aufsichtsarbeit ist von mindestens zwei Prüferinnen oder Prüfern zu benoten. Aus den Noten der Prüferinnen oder Prüfer bilden die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den jeweiligen Prüferinnen oder Prüfern die Note der einzelnen Aufsichtsarbeiten.
- (7) Der schriftliche Teil der staatlichen Prüfung ist bestanden, wenn jede der drei Aufsichtsarbeiten mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.
- (8) Die Gesamtnote für den schriftlichen Teil der staatlichen Prüfung ermitteln die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses aus den drei Noten der Aufsichtsarbeiten. Soweit die Module im Curriculum hinsichtlich des Arbeitsaufwandes unterschiedlich gewichtet sind, ist dies bei der Ermittlung der Gesamtnote des schriftlichen Prüfungsteils zu berücksichtigen.

#### **§ 36 Mündlicher Teil der Prüfung**

- (1) Für den mündlichen Teil der Prüfung ist ein Modul oder sind Module zu folgenden Prüfungsbereichen aus den Kompetenzbereichen III bis V der Anlage 5 festzulegen:
1. verantwortliche Gestaltung und Mitgestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung,
  2. Reflexion und Begründung des eigenen Handelns vor dem Hintergrund von Gesetzen, Verordnungen, ethischen Leitlinien und zur Mitwirkung an der Entwicklung und Implementierung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards,
  3. Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen sowie zur Beteiligung an der Berufsentwicklung.
- (2) Im mündlichen Teil der Prüfung hat die zu prüfende Person berufliche Kompetenzen nachzuweisen. Die Prüfung schließt das nach Absatz 1 zugeordnete Modul oder die zugeordneten Module ab.
- (3) Die drei Kompetenzbereiche der mündlichen Prüfung werden anhand von komplexen Aufgabenstellungen unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse geprüft. Die Prüfungsaufgabe besteht in der Bearbeitung einer Fallsituation aus einem anderen Versorgungskontext als dem der praktischen Prüfung und bezieht sich auch auf eine andere Altersstufe der zu pflegenden Menschen.
- (4) Die zu prüfenden Personen werden einzeln oder zu zweit geprüft. Die Prüfung soll für jede zu prüfende Person mindestens 30 Minuten und nicht länger als 45 Minuten dauern. Eine angemessene Vorbereitungszeit unter Aufsicht ist zu gewähren.
- (5) Die Prüfung wird von mindestens zwei Prüferinnen oder Prüfern abgenommen und benotet. Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses sind berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und dabei selbst Prüfungsfragen zu stellen.
- (6) Aus den Noten der Prüferinnen oder Prüfer bilden die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Prüferinnen und Prüfern die Note für die in der Prüfung erbrachte Leistung.
- (7) Der mündliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfungsleistung mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

#### **§ 37 Praktischer Teil der Prüfung**

- (1) Für den praktischen Teil der Prüfung ist ein eigenständiges Modul zu den Kompetenzbereichen I bis V der Anlage 5 festzulegen.
- (2) Der praktische Teil der Prüfung besteht aus einer Aufgabe der selbständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege und bezieht sich insbesondere auf die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 des Pflegeberufgesetzes. Die zu prüfende Person zeigt die erworbenen Kompetenzen im Bereich einer umfassenden personenbezogenen Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, der Planung und Gestaltung der Pflege, der Durchführung der erforderlichen Pflege und der Evaluation des Pflegeprozesses einschließlich der Kommunikation und Beratung sowie in der Qualitätssicherung und in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit und übernimmt in diesem Rahmen alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege. Dabei stellt sie auch die Kompetenz unter



Beweis, ihr Pflegehandeln wissenschaftsbasiert oder -orientiert zu begründen und zu reflektieren. Der praktische Teil der Prüfung schließt das Modul nach Absatz 1 ab.

(3) Die Prüfungsaufgabe soll insbesondere den Versorgungsbereich berücksichtigen, in dem die zu prüfende Person im Rahmen der praktischen Ausbildung den Vertiefungseinsatz nach § 6 Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolviert hat. Sie wird auf Vorschlag mindestens einer Prüferin oder eines Prüfers nach § 33 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 durch die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses bestimmt.

(4) Die Prüfung findet in realen und hochkomplexen Pflegesituationen statt. Sie erstreckt sich auf die Pflege von mindestens zwei Menschen, von denen einer einen erhöhten Pflegebedarf und eine hochkomplexe Pflegesituation aufweist. Die zu prüfenden Personen werden einzeln geprüft.

(5) Die Prüfung besteht aus der vorab zu erstellenden schriftlichen oder elektronischen Ausarbeitung des Pflegeplans (Vorbereitungsteil), einer Fallvorstellung mit einer Dauer von maximal 20 Minuten, der Durchführung der geplanten und situativ erforderlichen Pflegemaßnahmen und einem Reflexionsgespräch mit einer Dauer von maximal 20 Minuten. Mit der schriftlichen oder elektronischen Ausarbeitung des Pflegeplans stellt die zu prüfende Person unter Beweis, dass sie in der Lage ist, das Pflegehandeln fall-, situations- und zielorientiert sowie wissenschaftsbasiert oder -orientiert zu strukturieren und zu begründen. Die Prüfung ohne den Vorbereitungsteil soll einschließlich des Reflexionsgesprächs die Dauer von 240 Minuten nicht überschreiten und kann durch eine organisatorische Pause von maximal einem Werktag unterbrochen werden. Für den Vorbereitungsteil ist eine angemessene Vorbereitungszeit unter Aufsicht zu gewähren.

(6) Die Prüfung wird von mindestens einer Prüferin oder einem Prüfer nach § 33 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und einer Prüferin oder einem Prüfer nach § 33 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 abgenommen und benotet. Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses sind berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und dabei selbst Prüfungsfragen zu stellen.

(7) Aus den Noten der Prüferinnen oder Prüfer bilden die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Prüferinnen und Prüfern die Note für die in der Prüfung erbrachte Leistung.

(8) Der praktische Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfungsleistung mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

#### **Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 Satz 2)**

Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 9 zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann

#### **I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.**

##### **1. Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) verfügen über ein breites Verständnis von spezifischen Theorien und Modellen zur Pflegeprozessplanung und nutzen diese zur Steuerung und Gestaltung von Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen,
- b) übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Menschen aller Altersstufen,
- c) nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen,
- d) schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein,
- e) handeln die Pflegeprozessgestaltung mit den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und gegebenenfalls ihren Bezugspersonen ab, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege,
- f) nutzen analoge und digitale Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen selbständig und im Pflegeteam zu evaluieren,
- g) entwickeln mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen,
- h) stimmen die Pflegeprozessgestaltung auf die unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexte ab.



**2. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen,
- b) unterstützen Menschen aller Altersstufen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration,
- c) stärken die Kompetenzen von Angehörigen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen und unterstützen und fördern die Familiengesundheit,
- d) erkennen Hinweiszeichen auf eine mögliche Gewaltausübung in der Versorgung von Menschen aller Altersstufen und reflektieren ihre Beobachtungen im therapeutischen Team,
- e) verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen,
- f) erkennen Wissensdefizite und erschließen sich bei Bedarf selbständig neue Informationen zu den Wissensbereichen der Pflege, Gesundheitsförderung und Medizin zu ausgewählten Aspekten in der Versorgung von Menschen aller Altersstufen.

**3. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten Menschen aller Altersstufen sowie deren Bezugspersonen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende,
- b) unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen oder einer lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit,
- c) steuern, verantworten und gestalten den Pflegeprozess bei Menschen aller Altersstufen mit akuten und chronischen Schmerzen,
- d) gestalten einen individualisierten Pflegeprozess bei schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Handlungsfeldern und integrieren die sozialen Netzwerke in das Handeln,
- e) begleiten und unterstützen schwerstkranken Menschen aller Altersstufen sowie nahe Bezugspersonen in Phasen des Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an,
- f) informieren schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote.

**4. In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein,
- b) koordinieren den Einsatz der Ersthelferinnen oder Ersthelfer bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
- c) erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung.

**5. Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei Menschen aller Altersstufen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung,
- b) entwickeln gemeinsam mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen Angebote zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die soziale Integration,



- c) berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die diversen Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte, die sozialen Lagen, die Entwicklungsphase und Entwicklungsaufgaben von Menschen aller Altersstufen,
- d) beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von Menschen aller Altersstufen ein.

**6. Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind,
- b) unterstützen Menschen aller Altersstufen mit angeborener oder erworbener Behinderung bei der Wiederherstellung, Kompensation und Adaption eingeschränkter Fähigkeiten, um sie für eine möglichst selbständige Entwicklung, Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe zu befähigen,
- c) tragen durch rehabilitative Maßnahmen und durch die Integration technischer Assistenzsysteme zum Erhalt und zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz von Menschen aller Altersstufen bei und reflektieren die Potenziale und Grenzen technischer Unterstützung,
- d) fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen,
- e) stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung.

**II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.**

**1. Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen, Hintergründen bewusst und reflektieren sie,
- b) gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind,
- c) gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus,
- d) gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung,
- e) erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken,
- f) reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen mit Menschen aller Altersstufen und entwickeln Ansätze zur Konfliktschlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation,
- g) reflektieren Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen.

**2. Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung,
- b) setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen aller Altersstufen um,



- c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen,
- d) reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Menschen aller Altersstufen.

### **3. Ethisch reflektiert handeln.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein,
- b) fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien,
- c) tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei.

### **III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.**

#### **1. Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung kundenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen,
- b) delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität,
- c) beraten Teammitglieder kollegial bei pflegfachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches,
- d) beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen und leiten Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an,
- e) übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse,
- f) sind aufmerksam für Spannungen und Konflikte im Team, reflektieren diesbezüglich die eigene Rolle und Persönlichkeit und bringen sich zur Bewältigung von Spannungen und Konflikten konstruktiv im Pflegeteam ein.

#### **2. Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit,
- b) führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch,
- c) beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Menschen aller Altersstufen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen,
- d) unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,
- e) schätzen chronische Wunden bei Menschen aller Altersstufen prozessbegleitend ein, versorgen sie verordnungsgerecht und stimmen die weitere Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab,
- f) vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit.



**3. In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen,
- b) bringen die pflegfachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein,
- c) bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt,
- d) koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen,
- e) koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Menschen aller Altersstufen in der Primärversorgung,
- f) evaluieren den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation.

**IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.**

**1. Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens,
- b) wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte,
- c) bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht,
- d) überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität.

**2. Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus,
- b) erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem,
- c) erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern,
- d) reflektieren auf der Grundlage eines breiten Wissens ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume in unterschiedlichen Abrechnungssystemen,
- e) wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit.

**V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.**

**1. Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern,
- b) erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials,
- c) begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen,
- d) leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen und ihren Angehörigen mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab.

**2. Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien,
- b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab,
- c) setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein,
- d) reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen,
- e) verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben,
- f) verstehen die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung,
- g) bringen sich den gesellschaftlichen Veränderungen und berufspolitischen Entwicklungen entsprechend in die Weiterentwicklung des Pflegeberufs ein.

**Anlage 5 (zu § 35 Absatz 2, § 36 Absatz 1, § 37 Absatz 1)**

**Kompetenzen für die Prüfung der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 32**

**1. Wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation auch von hochkomplexen Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

1. erheben und beurteilen den individuellen Pflegebedarf, potentielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen akuten und dauerhaften Pflegesituationen und nutzen spezifische wissenschaftsorientierte Assessmentverfahren,
2. übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflegeprozessen bei Menschen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen unter Berücksichtigung von wissenschaftlich fundierten Ansätzen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration,
3. übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflegeprozessen bei Menschen in hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen auch bei hochkomplexen Pflegebedarfen, spezifischen Klientengruppen und besonderen Verlaufsdynamiken wissenschaftsbasiert und fallorientiert,
4. übernehmen die Organisation und Durchführung von Interventionen in lebensbedrohlichen Krisen- und in Katastrophensituationen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
5. fördern die Entwicklung und Autonomie der zu pflegenden Menschen unter Einbeziehung ihrer familialen Kontexte, Lebenslagen und Lebenswelten auf der Basis eines breiten pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens,



6. unterstützen die zu pflegenden Menschen bei der Entwicklung von Alltagskompetenzen und bei der Lebensgestaltung unter Berücksichtigung eines vertieften pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens,
7. analysieren, evaluieren und reflektieren Pflegeprozesse auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden, Theorien und Forschungsergebnisse.

**II. Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

1. nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen in hochkomplexen Kommunikations-, Interaktions- und Beratungssituationen,
2. analysieren, reflektieren und evaluieren kritisch Kommunikations-, Interaktions- und Beratungsprozesse in der Pflegepraxis auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden sowie unter ethischen Gesichtspunkten,
3. konzipieren, gestalten und evaluieren Beratungs- und Schulungskonzepte auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
4. treffen in moralischen Konflikt- und Dilemmasituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung von Menschenrechten sowie pflegeethischer Ansätze und fördern berufsethisches Handeln in der Pflegepraxis.

**III. Verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen.**

Die Absolventinnen und Absolventen

1. konzipieren und gestalten die pflegerische Arbeitsorganisation in qualifikationsheterogenen Pflegeteams und in unterschiedlichen Versorgungssettings auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
2. führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen ärztliche Anordnungen und Maßnahmen der Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation eigenständig und unter Berücksichtigung vertieften forschungsbasierten Wissens durch,
3. analysieren wissenschaftlich begründet die derzeitigen pflegerischen/gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und Formen von intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit und reflektieren diese kritisch,
4. wirken an der Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit.

**IV. Reflexion und Begründung des eigenen Handelns vor dem Hintergrund von Gesetzen, Verordnungen, ethischen Leitlinien und Mitwirkung an der Entwicklung und Implementierung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards.**

Die Absolventinnen und Absolventen

1. analysieren wissenschaftlich begründet rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie Verfahren des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung und reflektieren diese kritisch,
2. wirken an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von wissenschaftsbasierten oder -orientierten innovativen Ansätzen des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung mit,
3. beteiligen sich an gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen zur Pflege- und Versorgungsqualität

**V. Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen sowie Beteiligung an der Berufsentwicklung.**

Die Absolventinnen und Absolventen

4. erschließen und bewerten gesicherte Forschungsergebnisse und wählen diese für den eigenen Handlungsbereich aus,



5. nutzen forschungsgestützte Problemlösungen und neue Technologien für die Gestaltung von Pflegeprozessen,
6. gestalten die vorbehaltenen Tätigkeiten verantwortlich aus und positionieren pflegewissenschaftliche Erkenntnisse im intra- und interdisziplinären Team,
7. identifizieren eigene und teamübergreifende berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe,
8. analysieren und reflektieren wissenschaftlich begründet berufsethische Werthaltungen und Einstellungen,
9. entwickeln ein fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis als hochschulisch qualifizierte Pflegefachperson,
10. wirken an der Weiterentwicklung der Profession mit.

**Anlage 6 (zu § 1 Absatz 2 Nummer 1, § 25)**

Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der beruflichen Pflegeausbildung

Kompetenzbereich		Erstes und zweites Ausbildungsdrittel	letztes Ausbildungsdrittel	Gesamt
I.	Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	680 Std.	320 Std.	1 000 Std.
II.	Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten.	200 Std.	80 Std.	280 Std.
III.	Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.	200 Std.	100 Std.	300 Std.
IV.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.	80 Std.	80 Std.	160 Std.
V.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.	100 Std.	60 Std.	160 Std.
Stunden zur freien Verteilung		140 Std.	60 Std.	200 Std.
<b>Gesamtsumme</b>		<b>1 400 Std.</b>	<b>700 Std.</b>	<b>2 100 Std.</b>

In der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann entfallen über die Gesamtdauer der Ausbildung im Rahmen des Unterrichts zur Vermittlung von Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen jeweils mindestens 500 und höchstens 700 Stunden auf die Kompetenzvermittlung anhand der besonderen Pflegesituationen von Kindern und Jugendlichen sowie von alten Menschen.

**Anlage 7**

(zu § 1 Absatz 2 Nummer 2, § 26 Absatz 2 Satz 1, § 28 Absatz 2 Satz 1)

Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung

Erstes und zweites Ausbildungsdrittel	
<b>I. Orientierungseinsatz</b>	
Flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.*
<b>II. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen</b>	
1. Stationäre Akutpflege	400 Std.
2. Stationäre Langzeitpflege	400 Std.
3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 Std.
<b>III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung</b>	
Pädiatrische Versorgung	120 Std.*
<b>Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel</b>	<b>1 720 Std.</b>
Letztes Ausbildungsdrittel	
<b>IV. Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung</b>	
1. Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
2. Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
3. Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
<b>V. Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes</b>	
1. Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1. Im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3. auch mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	500 Std.
2. Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach III.	
3. Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 3 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II.2. oder II.3. mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
<b>VI. Weitere Einsätze/Stunden zur freien Verteilung</b>	
1. Weiterer Einsatz (z. B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation) – bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen – bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von alten Menschen	80 Std.
2. Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Std.
<b>Summe letztes Ausbildungsdrittel</b>	<b>780 Std.</b>
<b>Gesamtsumme</b>	<b>2 500 Std.</b>

**Auszüge aus der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) [1]**

**Eingangsformel**

Auf Grund des § 9 des Altenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513) in Verbindung mit § 1 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 22. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4206) verordnet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung:

**Abschnitt 1 Ausbildung**

**§ 1 Gliederung der Ausbildung**

- (1) Die dreijährige Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger umfasst mindestens den in der Anlage 1 aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 2.100 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 2.500 Stunden.
- (2) Von den 2.500 Stunden der praktischen Ausbildung entfallen mindestens 2.000 Stunden auf die Ausbildung in den in § 4 Abs. 3 Satz 1 des Altenpflegegesetzes genannten Einrichtungen.
- (3) Die Ausbildung erfolgt im Wechsel von Abschnitten des Unterrichts und der praktischen Ausbildung.
- (4) Der Jahresurlaub ist in der unterrichtsfreien Zeit zu gewähren.

**Abschnitt 3 Prüfung**

**§ 10 Schriftlicher Teil der Prüfung**

- (1) Der schriftliche Teil der Prüfung umfasst jeweils eine Aufsichtsarbeit aus den Lernfeldern:
  1. "Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen" und "Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren",
  2. "Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen" und "Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken",
  3. "Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen".
- (2) Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 120 Minuten. Sie sind in der Regel an drei aufeinander folgenden Tagen durchzuführen.
- (3) Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeiten werden von der zuständigen Behörde auf Vorschlag der Altenpflegeschule oder der Altenpflegeschulen bestimmt. Jede Aufsichtsarbeit ist von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern unabhängig voneinander zu benoten. Bei unterschiedlicher Benotung entscheidet das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern.
- (4) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses bildet die Note für den schriftlichen Teil der Prüfung aus dem arithmetischen Mittel der Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer und der Vornoten gemäß § 9 Abs. 1 und 2.

**§ 11 Mündlicher Teil der Prüfung**

- (1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Lernfelder:
  1. "Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen",
  2. "Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen" sowie
  3. "Berufliches Selbstverständnis entwickeln" und "Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen".
- (2) Der mündliche Teil der Prüfung wird als Einzelprüfung oder Gruppenprüfung mit bis zu vier Schülerinnen oder Schülern durchgeführt. Zu den Nummern 1 bis 3 des Absatzes 1 soll die Schülerin oder der Schüler jeweils nicht länger als zehn Minuten geprüft werden.
- (3) Die Fachprüferinnen oder Fachprüfer im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 2 nehmen die Prüfung ab und benoten die Leistungen zu den Nummern 1 bis 3 des Absatzes 1. Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses ist berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und selbst zu prüfen.
- (4) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses bildet die Note für den mündlichen Teil der Prüfung aus dem arithmetischen Mittel der Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer und der Vornoten gemäß § 9 Abs. 1 und 2.



(5) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses kann die Anwesenheit von Zuhörerinnen und Zuhörern beim mündlichen Teil der Prüfung gestatten, wenn ein berechtigtes Interesse besteht und die Schülerin oder der Schüler damit einverstanden ist.

**§ 12 Praktischer Teil der Prüfung**

(1) Der praktische Teil der Prüfung besteht aus einer Aufgabe zur umfassenden und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen. Er bezieht sich auf die Lernbereiche "Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege" und "Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung".

(2) Die Prüfungsaufgabe besteht aus der schriftlichen Ausarbeitung der Pflegeplanung, aus der Durchführung der Pflege einschließlich Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen und aus einer abschließenden Reflexion. Die Aufgabe soll in einem Zeitraum von höchstens zwei Werktagen vorbereitet, durchgeführt und abgenommen werden. Der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege soll die Dauer von 90 Minuten nicht überschreiten. Die Schülerinnen und Schüler werden einzeln geprüft.

(3) Mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfer nehmen die Prüfung ab und benoten die Leistung. Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses ist berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und selbst zu prüfen. Die Auswahl der Einrichtung gemäß § 5 Abs. 4 und der pflegebedürftigen Person erfolgt durch die Fachprüferinnen oder Fachprüfer. Die Einbeziehung der pflegebedürftigen Person in die Prüfungssituation setzt deren Einverständnis und die Zustimmung der Pflegedienstleitung voraus.

(4) Zur Abnahme und Benotung des praktischen Teils der Prüfung kann eine Praxisanleiterin oder ein Praxisanleiter

1. im Falle des § 5 Abs. 4 Nr. 1 aus der Einrichtung, in der die Prüfung stattfindet,
2. im Falle des § 5 Abs. 4 Nr. 2 aus der Einrichtung, die die pflegebedürftige Person betreut,
3. im Falle des § 5 Abs. 5 aus der Einrichtung, in der die Schülerin oder der Schüler überwiegend ausgebildet wurde,

in beratender Funktion hinzugezogen werden.

(5) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses bildet die Note für den praktischen Teil der Prüfung aus der Note der Fachprüferinnen oder Fachprüfer und der Vornote gemäß § 9 Abs. 1 und 2.

**Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1)**

**A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege**

		Stundenzahl
1.	Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege	
1.1.	Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen - Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit - Konzepte, Modelle und Theorien der Pflege - Handlungsrelevanz von Konzepten und Modellen der Pflege anhand konkreter Pflegesituationen - Pflegeforschung und Umsetzung von Forschungsergebnissen - Gesundheitsförderung und Prävention - Rehabilitation - Biographiearbeit - Pflegerelevante Grundlagen der Ethik	80
1.2.	Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren - Wahrnehmung und Beobachtung - Pflegeprozess - Pflegediagnostik - Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege - Grenzen der Pflegeplanung - Pflegedokumentation, EDV	120
1.3.	Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen - Pflegerelevante Grundlagen, insbesondere der Anatomie, Physiologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Psychologie, Arzneimittelkunde, Hygiene und Ernährungslehre	720

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung alter Menschen bei der Selbstpflege</li> <li>- Unterstützung alter Menschen bei präventiven und rehabilitativen Maßnahmen</li> <li>- Mitwirkung bei geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitationskonzepten</li> <li>- Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen</li> <li>- Pflege alter Menschen mit eingeschränkter Funktion von Sinnesorganen</li> <li>- Pflege alter Menschen mit Behinderungen</li> <li>- Pflege alter Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen</li> <li>- Pflege infektionskranker alter Menschen</li> <li>- Pflege multimorbider alter Menschen</li> <li>- Pflege alter Menschen mit chronischen Schmerzen</li> <li>- Pflege alter Menschen in existentiellen Krisensituationen</li> <li>- Pflege dementer und gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen</li> <li>- Pflege alter Menschen mit Suchterkrankungen</li> <li>- Pflege schwerstkranker alter Menschen</li> <li>- Pflege sterbender alter Menschen</li> <li>- Handeln in Notfällen, Erste Hilfe</li> <li>- Überleitungs- und Casemanagement</li> </ul>	
1.4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anleiten, beraten und Gespräche führen</li> <li>- Kommunikation und Gesprächsführung</li> <li>- Beratung und Anleitung alter Menschen</li> <li>- Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen</li> <li>- Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind</li> </ul>	80
1.5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken</li> <li>- Durchführung ärztlicher Verordnungen</li> <li>- Rechtliche Grundlagen</li> <li>- Rahmenbedingungen</li> <li>- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten</li> <li>- Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Mitwirkung im therapeutischen Team</li> <li>- Mitwirkung an Rehabilitationskonzepten</li> </ul>	200
2.	Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung	
2.1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen</li> <li>- Altern als Veränderungsprozess</li> <li>- Demographische Entwicklungen</li> <li>- Ethniespezifische und interkulturelle Aspekte</li> <li>- Glaubens- und Lebensfragen</li> <li>- Alltag und Wohnen im Alter</li> <li>- Familienbeziehungen und soziale Netzwerke alter Menschen</li> <li>- Sexualität im Alter</li> <li>- Menschen mit Behinderung im Alter</li> </ul>	120
2.2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen</li> <li>- Ernährung, Haushalt</li> <li>- Schaffung eines förderlichen und sicheren Wohnraums und Wohnumfelds</li> <li>- Wohnformen im Alter</li> <li>- Hilfsmittel und Wohnraumanpassung</li> </ul>	60
2.3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten unterstützen</li> <li>- Tagesstrukturierende Maßnahmen</li> <li>- Musische, kulturelle und handwerkliche Beschäftigungs- und Bildungsangebote</li> <li>- Feste und Veranstaltungsangebote</li> <li>- Medienangebote</li> <li>- Freiwilliges Engagement alter Menschen</li> <li>- Selbsthilfegruppen</li> <li>- Seniorenvertretungen, Seniorenbeiräte</li> </ul>	120
3.	Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit	

3.1.	Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen - Systeme der sozialen Sicherung - Träger, Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens - Vernetzung, Koordination und Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen - Pflegeüberleitung, Schnittstellenmanagement - Rechtliche Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit - Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit	120
3.2.	An Qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken - Rechtliche Grundlagen - Konzepte und Methoden der Qualitätsentwicklung - Fachaufsicht	40
4.	Altenpflege als Beruf	
4.1.	Berufliches Selbstverständnis entwickeln - Geschichte der Pflegeberufe - Berufsgesetze der Pflegeberufe - Professionalisierung der Altenpflege; Berufsbild und Arbeitsfelder - Berufsverbände und Organisationen der Altenpflege - Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen - Ethische Herausforderungen der Altenpflege - Reflexion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns	60
4.2.	Lernen lernen - Lernen und Lerntechniken - Lernen mit neuen Informations- und Kommunikationstechnologien - Arbeitsmethodik - Zeitmanagement	40
4.3.	Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen - Berufstypische Konflikte und Befindlichkeiten - Spannungen in der Pflegebeziehung - Gewalt in der Pflege	80
4.4.	Die eigene Gesundheit erhalten und fördern - Persönliche Gesundheitsförderung - Arbeitsschutz - Stressprävention und -bewältigung - Kollegiale Beratung und Supervision	60
Zur freien Gestaltung des Unterrichts		200
<b>Gesamtstundenzahl</b>		<b>2 100</b>

**B. Praktische Ausbildung in der Altenpflege**

1. Kennenlernen des Praxisfeldes unter Berücksichtigung institutioneller und rechtlicher Rahmenbedingungen und fachlicher Konzepte.
2. Mitarbeiten bei der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Anleitung.
3. Übernehmen selbstständiger Teilaufgaben entsprechend dem Ausbildungsstand in der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.
4. Übernehmen selbstständiger Projektaufgaben, z. B. bei der Tagesgestaltung oder bei der Gestaltung der häuslichen Pflegesituation.
5. Selbstständig planen, durchführen und reflektieren der Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.

**Gesamtstundenzahl 2 500**



**Auszüge aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrv) [2]**

**Eingangsformel**

Auf Grund des § 8 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung:

**Abschnitt 1 Ausbildung und allgemeine Prüfungsbestimmungen**

**§ 1 Gliederung der Ausbildung**

- (1) Die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege umfassen mindestens den in der Anlage 1 aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 2.100 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 2.500 Stunden. Die Ausbildung beinhaltet eine 1.200 Stunden umfassende Differenzierungsphase im Unterricht und in der praktischen Ausbildung, die sich auf die für die Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu vermittelnden Kompetenzen erstreckt.
- (2) Im Unterricht muss den Schülerinnen und Schülern ausreichende Möglichkeit gegeben werden, die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln und einzuüben.
- (3) Ab der zweiten Hälfte der Ausbildungszeit sind unter Aufsicht von Inhabern einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 des Krankenpflegegesetzes mindestens 80, höchstens 120 Stunden im Rahmen des Nachtdienstes abzuleisten.
- (4) Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen nach Absatz 1 ist durch eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 2 nachzuweisen.

**Abschnitt 2 Prüfungsbestimmungen für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege**

**§ 13 Schriftlicher Teil der Prüfung**

- (1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereiche der Anlage 1 Buchstabe A:
1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten,
  2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten,
  3. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten.
- Der Prüfling hat zu diesen Themenbereichen in jeweils einer Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte Aufgaben zu bearbeiten. Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 120 Minuten. Der schriftliche Teil der Prüfung ist an drei Tagen durchzuführen. Die Aufsichtführenden werden von der Schulleitung bestellt.
- (2) Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeiten werden von der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Schulen ausgewählt. Bei der Auswahl der Aufgaben ist die Differenzierungsphase in der Gesundheits- und Krankenpflege angemessen zu berücksichtigen. Jede Aufsichtsarbeit ist von mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern zu benoten. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Note für die einzelne Aufsichtsarbeit. Aus den Noten der drei Aufsichtsarbeiten bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den schriftlichen Teil der Prüfung. Der schriftliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn jede der drei Aufsichtsarbeiten mindestens mit "ausreichend" benotet wird.

**§ 14 Mündlicher Teil der Prüfung**

- (1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereich der Anlage 1 Buchstabe A:
1. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten,
  2. berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen,
  3. bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten.



In der mündlichen Prüfung hat der Prüfling anwendungsbereite berufliche Kompetenzen nachzuweisen. In die Prüfung sind dabei die Differenzierungsphase in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie die in Anlage 1 Buchstabe A genannten Wissensgrundlagen einzubeziehen.

(2) Die Prüflinge werden einzeln oder in Gruppen bis zu vier geprüft. Die Prüfung soll für den einzelnen Prüfling zu jedem in Absatz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Themenbereich mindestens 10 Minuten und nicht länger als 15 Minuten dauern.

(3) Die Prüfung zu jedem Themenbereich wird von mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern abgenommen und benotet. Für die Prüfung zu Absatz 1 Nr. 3 ist als Fachprüferin oder Fachprüfer eine Person nach § 4 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b vorzusehen. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, sich zu allen Themenbereichen an der Prüfung zu beteiligen; sie oder er kann auch selbst prüfen. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Note für den jeweiligen Themenbereich. Aus den Noten der Themenbereiche bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den mündlichen Teil der Prüfung. Der mündliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn jeder Themenbereich mindestens mit "ausreichend" benotet wird.

(4) Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann mit Zustimmung des Prüflings die Anwesenheit von Zuhörerinnen und Zuhörern beim mündlichen Teil der Prüfung gestatten, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

#### **§ 15 Praktischer Teil der Prüfung**

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege einer Patientengruppe von höchstens vier Patientinnen oder Patienten. Der Prüfling übernimmt in dem Fachgebiet seines Differenzierungsbereichs nach Anlage 1 Buchstabe B, in dem er zur Zeit der Prüfung an der praktischen Ausbildung teilnimmt, alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden sowie befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes eigenverantwortlich auszuführen.

(2) Die Auswahl der Patientinnen oder Patienten sowie die Auswahl des Fachgebietes, in dem die praktische Prüfung durchgeführt wird, erfolgt durch eine Fachprüferin oder einen Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten und dem für die Patientin oder den Patienten verantwortlichen Fachpersonal. Der praktische Teil der Prüfung soll für den einzelnen Prüfling in der Regel in sechs Stunden abgeschlossen sein; er kann auf zwei aufeinander folgende Tage verteilt werden.

(3) Der praktische Teil der Prüfung wird von mindestens einer Fachprüferin oder einem Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a und einer Fachprüferin oder einem Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 abgenommen und benotet. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Prüfungsnote für den praktischen Teil der Prüfung. Der praktische Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfungsnote mindestens "ausreichend" beträgt.

### **Abschnitt 3 Prüfungsbestimmungen für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

#### **§ 16 Schriftlicher Teil der Prüfung**

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereiche der Anlage 1 Buchstabe A:

1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten,
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten,
3. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten.

Der Prüfling hat zu diesen Themenbereichen in jeweils einer Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte Aufgaben zu bearbeiten. Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 120 Minuten. Der schriftliche Teil der Prüfung ist an drei Tagen durchzuführen. Die Aufsichtsführenden werden von der Schulleitung bestellt.



(2) § 13 Abs. 2 gilt entsprechend. Bei der Auswahl der Aufgaben ist die Differenzierungsphase in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege angemessen zu berücksichtigen.

#### **§ 17 Mündlicher Teil der Prüfung**

(1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereiche der Anlage 1 Buchstabe A:

1. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten,
2. berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen,
3. bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten.

In der mündlichen Prüfung hat der Prüfling anwendungsbereite berufliche Kompetenzen nachzuweisen. In die Prüfung sind dabei die Differenzierungsphase in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie die in Anlage 1 Buchstabe A genannten Wissensgrundlagen einzubeziehen.

(2) § 14 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

#### **§ 18 Praktischer Teil der Prüfung**

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege bei einer Patientengruppe von höchstens vier Kindern oder Jugendlichen. Der Prüfling übernimmt in dem Fachgebiet seines Differenzierungsbereichs nach Anlage 1 Buchstabe B, in dem er zur Zeit der Prüfung an der praktischen Ausbildung teilnimmt, alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden sowie befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes eigenverantwortlich auszuführen.

(2) § 15 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

#### **Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1)**

##### **A Theoretischer und praktischer Unterricht**

Der theoretische und praktische Unterricht umfasst folgende Themenbereiche:

1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
  - auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und pflegerelevanter Kenntnisse der Bezugswissenschaften, wie Naturwissenschaften, Anatomie, Physiologie, Gerontologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre, Arzneimittellehre, Hygiene und medizinische Mikrobiologie, Ernährungslehre, Sozialmedizin sowie der Geistes- und Sozialwissenschaften, Pflegesituationen wahrzunehmen und zu reflektieren sowie Veränderungen der Pflegesituationen zu erkennen und adäquat zu reagieren,
  - unter Berücksichtigung der Entstehungsursachen aus Krankheit, Unfall, Behinderung oder im Zusammenhang mit Lebens- und Entwicklungsphasen den daraus resultierenden Pflegebedarf, den Bedarf an Gesundheitsvorsorge und Beratung festzustellen,
  - den Pflegebedarf unter Berücksichtigung sachlicher, personenbezogener und situativer Erfordernisse zu ermitteln und zu begründen,
  - ihr Pflegehandeln nach dem Pflegeprozess zu gestalten.
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
  - pflegerische Interventionen in ihrer Zielsetzung, Art und Dauer am Pflegebedarf auszurichten,
  - die unmittelbare vitale Gefährdung, den akuten oder chronischen Zustand bei einzelnen oder mehreren Erkrankungen, bei Behinderungen, Schädigungen sowie physischen und psychischen Einschränkungen und in der Endphase des Lebens bei pflegerischen Interventionen entsprechend zu berücksichtigen,
  - die Pflegemaßnahmen im Rahmen der pflegerischen Beziehung mit einer entsprechenden Interaktion und Kommunikation alters- und entwicklungsgerecht durchzuführen,

- bei der Planung, Auswahl und Durchführung der pflegerischen Maßnahmen den jeweiligen Hintergrund des stationären, teilstationären, ambulanten oder weiteren Versorgungsbereichs mit einzubeziehen,
  - den Erfolg pflegerischer Interventionen zu evaluieren und zielgerichtetes Handeln kontinuierlich an den sich verändernden Pflegebedarf anzupassen.
3. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- Pflegebedürftige aller Altersgruppen bei der Bewältigung vital oder existenziell bedrohlicher Situationen, die aus Krankheit, Unfall, Behinderung oder im Zusammenhang mit Lebens- oder Entwicklungsphasen entstehen, zu unterstützen,
  - zu Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit anzuregen und hierfür angemessene Hilfen und Begleitung anzubieten,
  - Angehörige und Bezugspersonen zu beraten, anzuleiten und in das Pflegehandeln zu integrieren,
  - die Überleitung von Patientinnen oder Patienten in andere Einrichtungen oder Bereiche in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kompetent durchzuführen sowie die Beratung für Patientinnen oder Patienten und Angehörige oder Bezugspersonen in diesem Zusammenhang sicherzustellen.
4. Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- den Bedarf an pflegfachlichen Angeboten zur Erhaltung, Verbesserung und Wiedererlangung der Gesundheit systematisch zu ermitteln und hieraus zielgerichtetes Handeln abzuleiten,
  - Betroffene in ihrer Selbständigkeit zu fördern und sie zur gesellschaftlichen Teilhabe zu befähigen.
5. Pflegehandeln personenbezogen ausrichten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,-
- in ihrem Pflegehandeln insbesondere das Selbstbestimmungsrecht und die individuelle Situation der zu pflegenden Personen zu berücksichtigen,
  - in ihr Pflegehandeln das soziale Umfeld von zu pflegenden Personen einzubeziehen, ethnische, interkulturelle, religiöse und andere gruppenspezifische Aspekte sowie ethische Grundfragen zu beachten.
6. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- sich einen Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Verfahren, Methoden und Forschungsergebnissen zu verschaffen,
  - Pflegehandeln mit Hilfe von pflegetheoretischen Konzepten zu erklären, kritisch zu reflektieren und die Themenbereiche auf den Kenntnisstand der Pflegewissenschaft zu beziehen,
  - Forschungsergebnisse in Qualitätsstandards zu integrieren.
7. Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätskonzepten mitzuwirken,
  - rechtliche Rahmenbestimmungen zu reflektieren und diese bei ihrem Pflegehandeln zu berücksichtigen,
  - Verantwortung für Entwicklungen im Gesundheitssystem im Sinne von Effektivität und Effizienz mitzutragen,
  - mit materiellen und personalen Ressourcen ökonomisch und ökologisch umzugehen.
8. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die für die jeweiligen medizinischen Maßnahmen erforderlichen Vor- und Nachbereitungen zu treffen und bei der Durchführung der Maßnahmen mitzuwirken,



- Patientinnen und Patienten bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie zu unterstützen,
  - ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen.
9. Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes einleiten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- in akuten Notfallsituationen adäquat zu handeln,
  - in Katastrophensituationen erste Hilfe zu leisten und mitzuwirken.
10. Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- den Pflegeberuf im Kontext der Gesundheitsfachberufe zu positionieren,
  - sich kritisch mit dem Beruf auseinander zu setzen,
  - zur eigenen Gesundheitsvorsorge beizutragen,
  - mit Krisen- und Konfliktsituationen konstruktiv umzugehen.
11. Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- Entwicklungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen, deren Folgen für den Pflegeberuf einzuschätzen und sich in die Diskussion einzubringen,
  - den Pflegeberuf in seiner Eigenständigkeit zu verstehen, danach zu handeln und weiterzuentwickeln,
  - die eigene Ausbildung kritisch zu betrachten sowie Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen zu übernehmen,
12. In Gruppen und Teams zusammenarbeiten  
Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- pflegerische Erfordernisse in einem intra- sowie in einem interdisziplinären Team zu erklären, angemessen und sicher zu vertreten sowie an der Aushandlung gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungskonzepte mitzuwirken,
  - die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs zu beachten und im Bedarfsfall die Unterstützung und Mitwirkung durch andere Experten im Gesundheitswesen einzufordern und zu organisieren,
  - im Rahmen von Konzepten der integrierten Versorgung mitzuarbeiten.

Innerhalb dieser Themenbereiche sind jeweils verschiedene fachliche Wissensgrundlagen zu vermitteln. Bei der Planung des Unterrichts sind diese den einzelnen Themenbereichen zuzuordnen.

		Stundenzahl
Die Wissensgrundlagen umfassen		
1.	Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften	950
2.	Pflegerelevante Kenntnisse der Naturwissenschaften und der Medizin	500
3.	Pflegerelevante Kenntnisse der Geistes- und Sozialwissenschaften	300
4.	Pflegerelevante Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft	150
Zur Verteilung		200
<b>Stundenzahl insgesamt</b>		<b>2 100</b>

Im Rahmen des Unterrichts entfallen 500 Stunden auf die Differenzierungsphase in Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

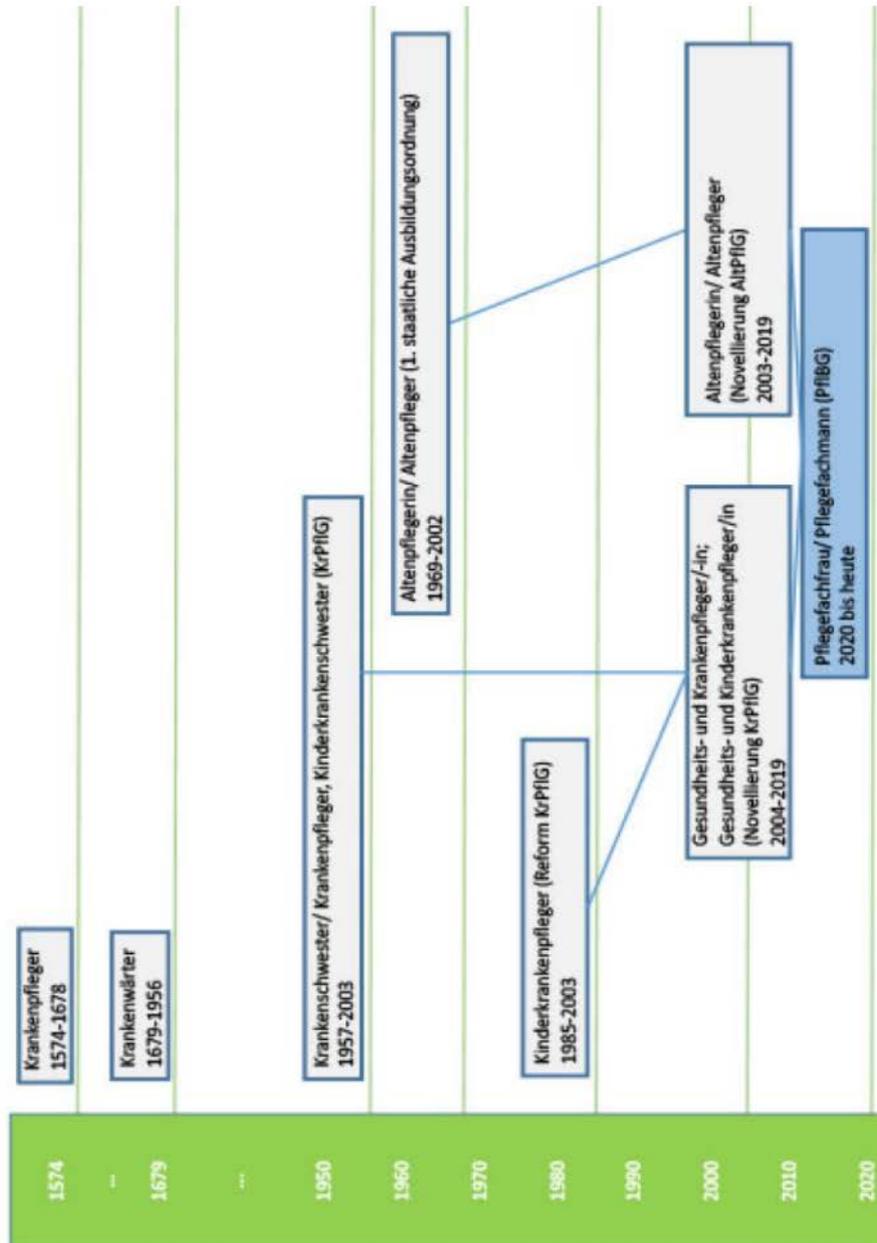


**B Praktische Ausbildung**

		Stundenzahl
<b>I. Allgemeiner Bereich</b>		
1.	Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der stationären Versorgung in kurativen Gebieten in den Fächern Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Wochen- und Neugeborenenpflege sowie in mindestens zwei dieser Fächer in rehabilitativen und palliativen Gebieten	800
2.	Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der ambulanten Versorgung in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten	500
<b>II. Differenzierungsbereich</b>		
1.	Gesundheits- und Krankenpflege Stationäre Pflege in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie oder	700
2.	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Stationäre Pflege in den Fächern Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie	
<b>III. Zur Verteilung auf die Bereiche I. und II.</b>		500
<b>Stundenzahl insgesamt</b>		<b>2 500</b>

**Genealogie zur Berufsausbildung in der Pflege**

Grafik vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)[10]



**B-6 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen**

**B-6.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen**

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

**B-6.1.1 Allgemein/Sonstiges**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
1.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu Erweiterung des Leistungsverzeichnisses: Wir beantragen, das Leistungsverzeichnis um die Leistung „Gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordnerin /Verordner und qualifizierter Pflegefachkraft“ zu erweitern.	Die zusätzlichen Abstimmungsbedarfe aus § 3 und § 7 stellen für beide Seiten einen erheblichen zusätzlichen Aufwand dar, der nicht nebenbei erledigt werden kann und der deshalb als eigenständige Leistung in das Leistungsverzeichnis aufzunehmen und in den Vergütungen zu berücksichtigen ist.	<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Fallbesprechungen sind keine verordnungsfähigen Leistungen. Verordnungsfähig im Rahmen der HKP sind nur Maßnahmen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Vergütungsfragen sind Gegenstand der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen ist bereits in verschiedenen Stellen der RL angelegt (vgl. z.B. § 7) und somit wird diesem Anliegen bereits Rechnung getragen.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				<p><b>PatV:</b> Kommunikation muss auch vergütet werden und in der RL berücksichtigt werden.</p> <p>Die PatV unterstützt das Anliegen des DBfK, eine neue Leistung zur Fallbesprechung grundsätzlich in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL aufzunehmen.</p>	
2.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Vorbemerkung: Der bpa begrüßt, dass der G-BA entsprechend des Gesundheitsversorgungswidrigungsgesetz (GVWG) in der HKP-RL die Rahmenvorgaben zu den verordnungsfähigen Maßnahmen festlegt, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des festgestellten Ordnungsrahmens über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen bestimmen können. Die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte wird hierdurch effizienter genutzt und die Versorgung des Patienten optimiert.</p>		Kenntnisnahme	
3.	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	<p>[...] Mit der Änderung der HKP-RL sollen nun qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können.</p> <p>Die hiermit vorgenommene Übertragung von Verantwortlichkeit ist nicht geeignet die Fachlichkeit der in der Pflege beschäftigten Fachkräfte anzuerkennen. Die Pflegefachkräfte können weiterhin nicht selbstständig über die Notwendigkeit von behandlungspflegerischen</p>		Der G-BA setzt hier die gesetzlichen Vorgaben nach § 37 Absatz 8 SGB V um. Diese umfassen die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der Maßnahme durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Maßnahmen entscheiden, sondern nur über deren Häufigkeit und Dauer. Damit findet keine wirkliche Kompetenzübertragung statt. Vielmehr wird die Pflegefachkraft zur Assistenz des behandelnden Arztes. Der Mehrwert für den behandelnden Arzt liegt dabei natürlich in der Zeitersparnis, jedoch erschließt sich uns nicht, wo er für die Pflegefachkräfte liegt. Insbesondere wenn die hier angestrebte Assistenzleistung zu einem erhöhten bürokratischen Mehraufwand für die Pflegefachkraft führt, da sie den Verordner immer unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen informieren muss. Wie wenig Wertschätzung der pflegefachlichen Expertise entgegengebracht wird zeigt sich auch darin, dass die Dauer und Häufigkeit der verordneten Leistungen für die Pflegefachkraft bindend sind, wenn ein Arzt diese festgestellt hat. Die fachlichen Einschätzungen der Pflegefachkräfte werden demnach negiert. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Sachbearbeiter der Krankenkassen bislang keinerlei pflegefachlicher / medizinischer Ausbildung bedürfen um einschätzen zu können ob die Dauer und oder Häufigkeit von verordneten HKP-Leistungen angemessen sind und entsprechend Kürzungen vornehmen können. Die hier getroffenen Regelungen können daher nicht als ein ernsthafter Versuch der Kompetenzübertragung und damit der Aufwertung des Pflegefachberufes gewertet werden. Vielmehr werden die Regelungen zu einer weiteren Bürokratisierung in der Pflege führen und die Bereitschaft verringern, solche Aufgaben überhaupt erst zu übernehmen. Da wir diese Regelungen für ungeeignet halten, verzichten wir auf eine Stellungnahme im Detail. [...]</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
4.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>Die BAG-SAPV begrüßt die Initiative die Verantwortlichkeit der Pflegefachkräfte zu stärken ausdrücklich.</p> <p>Allgemein sind die fachpflegerischen Vorbehaltsaufgaben zu beachten., denen insbesondere die Leistungen Nr. 1-5 unterliegen und damit keine ärztliche Delegationsaufgabe abbilden. Die Sicherungspflege muss aus Sicht der BAG-SAPV neu geregelt werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte.</p> <p>Nach Einschätzung der BAG-SAPV handelt es sich bei der Leistung Nr. 1-5 somit um keine ärztliche Delegationsleistung im Bereich der HKP-RL.</p> <p>Für diese und folgende Leistungsziffern in der HKP-RL sollte hervorgehoben werden, dass der/die verordnende Arzt/Ärztin mit einer Pflegefachkraft mit entsprechender Zusatzqualifikation interdisziplinär zusammenarbeitet, die eigenständig eine Pflegediagnose stellt. Zu prüfen ist zudem die entsprechende Verordnungsmöglichkeit benötigter Utensilien und Maßnahmen durch Pflegefachkräfte. Der jeweilige Verantwortungsbereich muss klar definiert und die enge Zusammenarbeit zwischen Arzt / Ärztin und Pflegefachkraft festgelegt werden (z.B. Fallbesprechung, Behandlungsplanung).</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Aufgrund der Systematik der Verordnung von Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege gemäß dem SGB V ist die Verordnung der Leistung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt vorgesehen.</p>	
5.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p>Die DGP schlägt vor, dass im Allgemeinen die „Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach §37 Absatz 8 SGB V</p>	<p>siehe Nr. 4</p> <p>Der G-BA setzt hier die gesetzlichen Vorgaben nach § 37 Absatz</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>und weiter Änderungen der Wortlaut dahingehend verändert wird, dass Vorbehaltsaufgaben pflegerische Aufgaben sind und durch diese zu verordnen sind.</p> <p><b>Die DGP schließt sich dem Statement von PatV/GKV-SV/DKG/[KBV ausgenommen Nr. 3] zu den Nr. 1 bis 5:</b></p> <p>Gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte im Sinne des Pflegeberufegesetzes. Daher und aufgrund ihrer Tätigkeit und Nähe zu den Patientinnen und Patienten können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung und ggf. akademischer Primär- und Weiterqualifizierung für alle Leistungen der Grundpflege [KBV: mit Ausnahme der Nr. 3] über Häufigkeit und Dauer selbst an und sehen auch die Verordnung bei der Fachpflegkraft verortet als Selbstbehaltsaufgabe der Pflege.</p> <p>Der Verantwortungsbereich muss klar definiert werden. Es sollte vielmehr hervorgehoben werden, dass ein Arzt / eine Ärztin die Mitbehandlung einer Pflegefachkraft mit entsprechender Zusatzqualifikation erbittet, die dann eigenständig eine Pflegediagnose stellt und entsprechend Utensilien und Maßnahmen verordnen kann. Es ist dabei die enge Zusammenarbeit zwischen Arzt / Ärztin und examinierter Pflegefachkraft festzulegen.</p>	<p>8 SGB V um. Diese umfassen die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung.</p>	
6.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	<p>Zu „Bürokratiekostenermittlung“: <b>Tragende Gründe</b></p>	<p>Die BKE dient der Transparenz und beschreibt die Folgen der</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		BPfK: Muss dringend ermittelt und refinanziert werden und abrechnungsfähig sein	Entscheidung hinsichtlich bürokratischer Aufwände. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.	

**B-6.1.2 Zu § 1 Absatz 7 Satz 6 bzw. § 1 Absatz 7 Satz 2 (Fassung ab 31. Oktober 2023)**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
7.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Der Einschub „(...) des Leistungserbringers gehört, der die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in den Räumlichkeiten im Sinne von §43a SGBXI trägt“ ist wieder zu streichen. Die bisherige Regelung ist beizubehalten.	Die Aufgaben und Pflichten zur Leistungserbringung eines Trägers sind in den jeweiligen Versorgungsverträgen geregelt und ergeben sich nicht aus der Gesamtverantwortung des Trägers für die Räumlichkeiten.	Die Änderungen dienen der sprachlichen Klarstellung, weil eine Leistungserbringung nicht durch die Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI als solche erfolgen kann. Inhaltlich ändert sich die Vorschrift durch die Neuformulierung demzufolge nicht. Die Notwendigkeit der Neuformulierung ist der Grundproblematik des § 43a SGB XI geschuldet, der aufgrund des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) neuzufassen war und deshalb im Bereich der Erwachsenenversorgung den	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				Begriff der „Räumlichkeiten“ verwendet.	
8.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 1 Absatz 7:  Übergangsregelung in der HKP-RL zur außerklinischen Intensivpflege  „des Leistungserbringers gehört, der die <del>Gesamtverantwortung für die</del> Leistungserbringung in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI <del>übernimmt trägt</del>“</p> <p>(statt „Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört“)</p>	<p>In § 1 Abs. 7 Satz 6 der HKP-RL ist festgelegt, dass für Versicherte, bei denen der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, eine Erbringung von Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur zulässig ist, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtung oder Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört.</p> <p>Mit der vorgeschlagenen Änderung kommt der G-BA der Aufforderung des BMG um Überprüfung der Regelung nach und stellt klar, dass eine Leistungserbringung nicht durch die Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI selbst erfolgt, sondern durch die Leistungserbringer, die die Versorgung übernehmen.</p>	<p>siehe Nr. 7  Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege wird hierdurch nicht eingeschränkt. Dieser wird in der AKI-RL geregelt.  Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI sind nach § 37c Absatz 2 SGB V regelmäßig ein zulässiger Ort der Erbringung der außerklinischen Intensivpflege. Für die Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist die Zulässigkeit der Leistungserbringung in einer Räumlichkeit im o.g. Sinne im Genehmigungsverfahren zu prüfen.  Die Umformulierung folgt nicht aus den Regelungen der AKI-RL. Es handelt sich nicht um eine inhaltliche Änderung, sondern um eine sprachliche Klarstellung.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Die Einfügung „Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in diesen Räumlichkeiten“ ist aus Sicht des bpa jedoch problematisch, da ein solch gesamtverantwortlicher Leistungserbringer in der Praxis nicht existiert. Die Leistungserbringer sind ausschließlich für die von ihnen jeweils erbrachten Leistungen verantwortlich. Diese werden ärztlich verordnet und verantwortet. Sowohl die Wahl des Arztes als auch der intensivpflegerischen Versorgung sowie der ggf. weiteren benötigten Leistungen / Leistungserbringer obliegt dem Patienten bzw. den Betreuern / Bevollmächtigten.</p> <p>Die Intensivpflege kann gemäß AKI-RL (§ 1 Abs. 4 Nr. 2) in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder <b>Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3</b> in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI erbracht werden. Ein gesamtverantwortlicher Leis-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			tungserbringer in diesen Räumlichkeiten ist nach der AKI-RL nicht vorgesehen. <b>Diese Einfügung ist deshalb zu streichen.</b>	

**B-6.1.3 Zu § 5a**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
9.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu § 5a Abs. 1:</p> <p><b>Tragende Gründe</b>                      Die Anforderung „mindestens 3-jährige Ausbildung“ ist zu ändern in „Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung“.                      Die „einschlägige Berufserfahrung im ambulanten Bereich“ ist zu streichen.</p>	<p>Pflegefachkräfte erhalten ihre Berufserlaubnis nicht durch das Absolvieren einer dreijährigen Ausbildung, sondern durch den Erhalt einer Urkunde mit der Erlaubnis die jeweilige Berufsbezeichnung, die beim Ausstellen der Urkunde den gesetzlichen Bestimmungen entsprach, zu führen.</p> <p>Die sach- und fachgerechte Durchführung ärztlicher Verordnungen sowie die damit verbundene Krankenbeobachtung ist nicht vom Ort der Leistungserbringung abhängig. Es werden in allen Settings der Akut- und Langzeitpflege die gleichen Anforderungen an das Können und Wissen der Pflegefachkräfte gestellt. Daher ist die ein-</p>	<p>Die Formulierung „3-jährige Ausbildung zu (...)“ ist eine gängige Formulierung, wie sie auch z. B. in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V verwendet wird und dient der Klarstellung.</p> <p>Die Berufserfahrung zur Beurteilung von Fragestellungen zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahme sollte im Bereich der späteren Tätigkeit erworben worden sein, also im ambulanten Setting.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>schlägige Berufserfahrung, die außerhalb der ambulanten Pflege erworben wurde, als gleichwertig anzusehen und ebenfalls anzuerkennen.</p>		
10.	AWO Bundesverband e.V.	<p>Zu § 5a Abs. 1:</p> <p><b>Tragende Gründe</b> Streichung von „ambulanten“</p> <p>3. Absatz Satz 1</p> <p>Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der <del>ambulanten</del> pflegerischen Versorgung erfolgt.</p>	<p>Für die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen wird der Ort des Erwerbs von Berufserfahrung als irrelevant angesehen und hierzu eine textliche Streichung gefordert.</p> <p>Für die Entwicklung von Fach- und Entscheidungskompetenz ist der Ort der Berufstätigkeit unerheblich. Unterschiedliche Tätigkeitsfelder steigern die Kompetenz statt ihr entgegenzuwirken. Der AWO Bundesverband sieht daher eine Differenzierung nach Tätigkeitsfeldern beim Erwerb von Berufserfahrung als Voraussetzung für die Bestimmung von Häufigkeit und Dauer verordnungsfähiger Maßnahmen als nicht sachgerecht an.</p>	Siehe Nr. 9	Keine Änderung
11.	Diakonie Deutschland – Evangeli-	<p>Zu § 5a Abs. 1:</p> <p><b>Tragende Gründe</b></p>	<p><b>Ausgangslage</b> In den tragenden Gründen führt der G-BA aus, dass er sich umfas-</p>	Siehe Nr. 9	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
	sches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.		<p>send mit den Grundlagen der Pflegeausbildung auseinandergesetzt hat, um zu beurteilen, bei welchen Maßnahmen die Dauer und Häufigkeit durch Pflegefachkräfte festgelegt werden können. Dabei bezieht sich der G-BA auf die Stellungnahme der Abteilung Fachberatung Medizin. In der vergleichenden Darstellung der gesetzlichen Qualifizierungsvorgaben/Ausbildungsinhalte für Pflegefachkräfte, wird neben dem ab dem 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) das bereits am 31. Dezember 2019 außer Kraft getretenen Krankenpflegegesetz (KrPflG) und das ebenfalls am 31. Dezember 2019 außer Kraft getretene Altenpflegegesetz (AltPflG) für die Beurteilung der Kompetenzen herangezogen.</p> <p><b>Methodische Kritik am Vorgehen der Abteilung Fachberatung Medizin des G-BA</b></p>	<p>Der G-BA hat für seine Beratungen nicht nur die Ausbildung zukünftiger Absolventinnen und Absolventen berücksichtigt, sondern auch frühere, jetzige und zukünftige Ausbildungen. Dementsprechend sind auch die „Sonderformen“ (Ausbildung nach § 26 und § 28 PflBG) relevant. Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 PflBG beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung und wurden ebenfalls berücksichtigt. Die hier genannten erweiterten Ausbildungsziele sind keine Bedingung für die Kompetenzerweiterung nach § 37 Absatz 8 SGB V. In dem Dokument „Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG“ finden sich die in Anlage 2 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung aufgelisteten Punkte zu „ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen“ wieder. Eine entspre-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Beim Vergleich der Kompetenzbereiche werden neben der hochschulischen Ausbildung und der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann die Sonderformen „Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (§ 26 PflBG)“ und zur „Altenpflege (§ 28 PflBG)“ berücksichtigt. Diese sind aus unserer Sicht entbehrlich, da sie nach § 62 PflBG bis zum 31. Dezember 2025 unter Evaluationsvorbehalt stehen. Die erweiterten Ausbildungsziele in der hochschulischen Ausbildung nach § 37 PflBG und die nach § 14 PflBG erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben werden vernachlässigt. Bei der Auswahl der Hauptkompetenzen wurden die Einzelkompetenzen nicht in ausreichender Tiefe berücksichtigt. Die Hauptkompetenz „Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen“ ist in der Rahmenrichtlinie der Fachkommission (nach § 53</p>	<p>chende Quellenangabe und Hin- führung ist in der Stellungnahme abgebildet. Das Unterkapitel 3.3 der Stellungnahme der FBMed stellt keine Fortführung einer Argumentationskette dar, sondern ist eine IST-Darstellung bzgl. der Ausbildungsmöglichkeiten zur Pflegefachkraft in Deutschland. Grundlage von (Hoch-)Schul-Curricula sind das PflBG, die PflAPrV und die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>PfIBG) bedeutend weiter aufgefächert. Erst auf dieser Ebene lassen sich die Kompetenzen bestimmen, die zur Übernahme der Festlegung von Dauer und Häufigkeit von verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte notwendig sind. Unterstützende Einzelkompetenzen aus anderen Hauptkompetenzbereichen werden in der Stellungnahme gar nicht berücksichtigt. In der Folge wird dann argumentiert, dass es in Deutschland 1.150 Pflegeschulen und 30 Hochschulen mit eigenen Curricula gibt und diese nicht berücksichtigt wurden, da kein auftragsbezogener Erkenntnisgewinn zu erwarten war.</p> <p><b>Alternativvorschläge</b> Wir regen an, sich bei der Kompetenzbeurteilung (zunächst) ausschließlich auf das Pflegeberufegesetz zu beziehen. Im weiteren Verlauf können Kriterien für den Bestandschutz der Absolvent*innen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz formuliert werden.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Betrachtet man die während der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann und in der hochschulischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen, bilden diese den Rahmen für Pflegefachkräfte – um nach der abgeschlossenen Ausbildung – die Dauer und Häufigkeit ärztlich verordneter Maßnahmen selbstständig und eigenverantwortlich festzulegen.</p>		
12.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu § 5a Abs. 1:</p> <p><b>Tragende Gründe</b></p> <p>Streichung des Wortes „ambulant“ Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der <del>ambulanten</del> pflegerischen Versorgung erfolgt.</p>	<p>Für die eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer von verordnungsfähigen Maßnahmen ist einschlägige Berufserfahrung sachdienlich. Allerdings ist dabei unerheblich, ob diese Erfahrung im ambulanten oder im stationären Bereich gewonnen wird. Es ist sogar so, dass die Berufserfahrung in unterschiedlichen Felder der Pflege die Entwicklung von entsprechenden Kompetenzen steigert. Im Übrigen werden sowohl im ambulanten also auch im stationären Bereich die gleichen Anforderungen an das Können und Wissen der</p>	Siehe Nr. 9	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Pflegefachkräfte gestellt. Aus Sicht des Paritätischen ist daher mit Blick auf die geforderte einschlägige Berufserfahrung eine Differenzierung nach Tätigkeitsfeldern nicht nachvollziehbar und auch nicht sachgerecht. Der Paritätische spricht sich daher dafür aus, das Wort „ambulant“ zu streichen.</p>		
13.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 5a Abs. 1:  <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	<p>In den Tragenden Gründen geht der G-BA davon aus Regelungen darüber treffen zu können, wer die Leistung erbringen darf und führt dazu aus: „Da bei der Entscheidung des G-BA diese Rahmenempfehlungen noch nicht vorlagen, ist der G-BA bei der Festlegung der Leistungen nach § 37 Absatz 8 SGB V als Mindestvoraussetzung davon ausgegangen, dass die fachlichen Anforderungen für eine eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer nur gewährleistet sind, wenn die durchführenden Pflegefachkräfte eine mindestens 3-jährige Ausbildung vorweisen und einschlägige Berufserfahrung besitzen. Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von</p>	<p>Siehe Nr. 9</p> <p>Durch die Ausführungen in den Tragenden Gründen zu den Qualifikationen der Pflegefachkräfte mit erweiterter Verordnungskompetenz, hat der G-BA Transparenz hergestellt, von welchen Grundlagen er bei seiner Entscheidungsfindung ausgegangen ist, bei welchen Maßnahmen Pflegefachkräfte Dauer und Häufigkeit festlegen dürfen. In den Tragenden Gründen wurde explizit ausgeführt, dass die Regelungskompetenz bei den Rahmenempfehlungspartnern liegt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der ambulanten pflegerischen Versorgung erfolgt.“</p> <p>Festlegungen zu den Qualifikationsvoraussetzungen für Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung stehen dem G-BA nicht zu. Diese werden ausschließlich über die Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a SGB V bestimmt. Der G-BA hat bei seiner Beschlussfassung in Vorgriff hierauf gehandelt und damit Mutmaßungen zugrunde gelegt. Der G-BA fasst seine Regelungen zu den verordnungsfähigen Leistungen auf Basis einer Mutmaßung, die aufgrund fehlender Fakten die Vorgaben der Richtlinie zur Disposition stellt. Der bpa moniert dieses Vorgehen.</p>		
14.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 5a Abs. 2:</p> <p><i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	Die im Leistungsverzeichnis enthaltenen Vorgaben zur Dauer und Häufigkeit stellen Empfehlungen dar, von denen die Verordner im Einzelfall abwei-	Zustimmende Kenntnisnahme.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>chen können. In den Tragenden Gründen des Beschlusses wird explizit dargestellt, dass dies auch für die Festlegung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die entsprechend qualifizierten Pflegefachkräfte gilt. Die Pflegefachkraft hat sich bei der Beurteilung zur Festlegung der Häufigkeit und Dauer an den Hinweisen zu orientieren, ist an diese aber nicht gebunden. Der bpa begrüßt diese Klarstellung, die den bisherigen Vorgaben an die Verordner (Ärzte) entspricht.</p>		
15.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu § 5 [a] Abs. 3:  Der Bezug zu § 7 Abs. 4a ist durch § 7 Abs. 2 zu ersetzen.</p>	<p>Die Regelung zu den Berichtspflichten des Pflegedienstes gegenüber dem Verordner in § 7 Abs. 2 ist aus unserer Sicht ausreichend.</p>	<p>Durch die erweiterte Versorgungskompetenz entstehen weitere Abstimmungsbedarfe, die in § 5a spezifisch geregelt sind und über die Regelung des § 7 Absatz 2 hinausgehen.</p>	Keine Änderung
16.	Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	<p>Zu § 5 a Abs. 3:  Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach</p>	<p>Das DRK befürwortet eine Streichung des Wortes „regelmäßig“.  Natürlich soll eine Abstimmung zwischen den Beteiligten erfolgen. Jedoch soll sie auch wirtschaftlich, d.h. auf das notwendige Maß beschränkt sein. In</p>	<p>Eine kontinuierliche Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegefachkräften ist für die Versorgungsqualität relevant. Dies soll durch die Begrifflichkeit „regelmäßig“ zum Ausdruck gebracht</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Maßgabe des § 7 Absatz 4a <del>regelmäßig mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen</del>. Voraussetzung für die Festlegung der</p>	<p>den überwiegenden Fällen genügt eine einmalige Abstimmung.</p> <p>Alternativ wäre das Wort „regelmäßig“ durch das Wort „im notwendigen Maße“ zu ersetzen.</p>	<p>werden. Die konkrete Operationalisierung bleibt den Beteiligten überlassen.</p>
17.	AWO Bundesverband e.V.	<p>Zu § 5a Abs. 3:</p> <p><b>Streichung von „regelmäßig“</b></p> <p>Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 4a <del>regelmäßig mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen</del>. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer ...</p>	<p>Der AWO Bundesverband regt an, Ausführungen zur Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordner*in an einer Stelle zu bündeln. Aktuell finden sich Ausführungen hierzu u.a. in §5 Absatz 3, in §7 Absatz 1, in §7 Absatz 2 und in §7 Absatz 4a (neu). Eine Bündelung in einem Paragraphen und in wenigen Absätzen führt zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen.</p> <p>Inhaltlich ist der Aspekt der Abstimmung und Information über die vorgenommenen Festlegungen durch die qualifizierte Pflegefachkraft mit der Verordner*in bereits in §7 Absatz 4a (neu) aufgegriffen und klar geregelt. Vor diesem Hintergrund ist lediglich der Verweis auf §7 Absatz 4a, aber keine weiterführende Norm an dieser</p>	<p>Siehe Nr. 15, Nr. 16</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			Stelle auszuführen. Das Wort „regelmäßig“ ist zu streichen.		
18.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu § 5 a Abs. 3:</p> <p>Der Bezug zu § 7 Absatz 4a ist durch § 7 Absatz 2 zu ersetzen. Außerdem ist das Wort „regelmäßig“ zu streichen.</p> <p>(3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 2a <del>regelmäßig</del> mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer ...</p>	<p>Der Diakonie Deutschland empfiehlt, Ausführungen zur Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin bzw. Verordner an einer Stelle zu bündeln. Aktuell finden sich Ausführungen hierzu u. a. in § 5 Absatz 3, in § 7 Absatz 1, in § 7 Absatz 2 und in § 7 Absatz 4a (neu). Eine Bündelung in einem Paragraphen und in wenigen Absätzen führt zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen.</p> <p>Inhaltlich ist der Aspekt der Abstimmung und Information über die vorgenommenen Festlegungen durch die qualifizierte Pflegefachkraft mit der Verordnerin oder dem Verordner bereits in § 7 Absatz 2 aufgegriffen und klar geregelt. Vor diesem Hintergrund ist lediglich der Verweis auf § 7 Absatz 2, aber keine weiterführende Norm an dieser Stelle auszuführen. Das Wort „regelmäßig“ ist zu streichen.</p>	Siehe Nr. 15, Nr. 16	Keine Änderung
19.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk	Zu § 5 a Abs. 3:	Der Einschub der KBV ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, da ja im	<b>KBV:</b> Hierbei geht es lediglich um Abweichungen von der Verord-	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
	für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p><b>Tragende Gründe:</b> Streichung des Einschubs der KBV</p>	<p>Satz 6 steht, dass es einer Verständigung aller Beteiligten bedarf und die medizinische Verantwortung bei der Ärztin oder bei dem Arzt liegt, daraus ergibt sich, dass auch die Verantwortung für etwaige Mehrkosten bei den Medizinerinnen liegt.</p>	<p>nung. die mit der Verordnung/dem Verordner nicht abgestimmt sind.  Keine Änderung in den TG</p>	
20.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu § 5a Abs. 3  Der Bezug zu § 7 Abs. 4a ist durch § 7 Abs. 2 zu ersetzen.  Ferner ist das Wort „regelmäßig“ zu streichen.  Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 24a <del>regelmäßig</del> mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen.</p>	<p>Ausführungen zur Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin bzw. Verordner finden sich bereits an verschiedenen Stellen der Richtlinie wieder, u.a. in § 5 Abs. 3, in § 7 Abs. 1, in § 7 Abs. 2 und in § 7 Abs. 4a (neu). Im Sinne der Förderung einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist aus Paritätischer Sicht die Bündelung in einem Paragraphen zielführend und auch ausreichend.  Inhaltlich ist der Aspekt der Abstimmung und Information über die vorgenommenen Festlegungen durch die qualifizierte Pflegefachkraft mit der Verordnerin oder dem Verordner bereits in §</p>	Siehe Nr. 15, Nr. 16	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine gemäß Abs. 1 qualifizierte Pflegefachkraft ist, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.</p>	<p>7 Abs. 2 aufgegriffen und klar geregelt. Vor diesem Hintergrund ist an dieser Stelle ein Verweis auf § 7 Abs. 2 ausreichend und keine weiterführende Norm an dieser Stelle auszuführen.</p> <p>Ferner ist das Wort „regelmäßig“ zu streichen. Ein regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass ist aus Paritätischer Sicht nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen auf ärztlicher wie auf pflegerischer Seite.</p>		
21.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 5a Abs. 3 Satz 1:</p> <p><i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	<p>Die Abstimmung zwischen der Pflegefachkraft und dem behandelnden / verordnenden Arzt ist sachgerecht.</p> <p><b>Tragende Gründe:</b></p> <p>Die <b>Einfügung der KBV</b> [Mehrkosten, die in Verbindung mit einer Abweichung von der ärztlichen Verordnung entstehen, gehen nicht zu Lasten der Vertragsärztin oder des Vertragsarz-</p>	Siehe Nr. 19	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>tes. Im Übrigen müssen die Pflegefachkräfte die Bestimmungen der G-BA-Richtlinien beachten.] <b>wird</b> jedoch <b>abgelehnt</b>. Die Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer und diese entsprechen dem pflegerischen Bedarf. Daneben werden die Festlegungen regelmäßig mit dem behandelnden Arzt abgestimmt, insofern sind etwaige Mehrkosten auch durch das Budget des Vertragsarztes zu finanzieren, so wie dies der Fall ist, wenn der Arzt die Festlegungen trifft.</p>		
22.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 5a Abs. 3 Sätze 2 und Satz 3: <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	<p>Zur Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch die Pflegefachkraft, hat diese den Zustand der Patientin / des Patienten persönlich zu begutachten. Sofern der Pflegefachkraft die Patientin / der Patient aus einer laufenden Versorgung bekannt ist, ist die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme ebenfalls möglich. Die Vorgaben entsprechen der bisherigen Voraussetzung für die Verordnung in § 3 Absatz 1 Satz 1 für die verordnenden Ärzte und sind sachgerecht.</p>	Zustimmende Kenntnisnahme.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
23.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu § 5a Abs. 4:</p> <p>Wir beantragen die Streichung:</p> <p>„Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</p>	<p>Der Leistungserbringer (Pflegedienst) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt-Patienten Kontaktes. Die Verantwortung für die Ausgestaltung der Arzt - Patienten Beziehung und die Häufigkeit der persönlichen Kontakte liegt bei den beiden Akteuren selbst (Arzt und Patient).</p> <p>Deshalb können wir leider keinem der beiden Vorschläge zustimmen. Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Abs. 1 der RL HKP sind ausreichend.</p>	<p>Kenntnisnahme. Regelung betrifft nicht die Aufgabenstellung des Pflegedienstes. Die Anregung wird allerdings zum Anlass genommen, die Formulierung anzupassen.</p>	<p><b>Änderung:</b> (§ 5a Absatz 4) „Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung <del>muss</del> <b>soll</b> <b>spätestens nach 3 Monaten</b> ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattfinden <del>[KBV: spätestens nach 3 Monaten] stattgefunden haben.</del>“ <del>[GKV-SV, DKG, PatV: , spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]“</del></p>
24.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	<p>Zu § 5a Abs. 4:</p> <p>Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt <del>[KBV: spätestens nach 3 Monaten] stattgefunden haben</del> <del>[KBV: ,]</del> <b>spätestens anlässlich der Folgeverordnung.</b> <del>[GKV-SV, DKG, PatV: ,]</del></p>	<p>Das DRK unterstützt die Forderung von GKV-SV, DKG, PatV;</p> <p>Der Arzt sollte sich vor einer Folgeverordnung (als Sachanlass) über den Zustand des Patienten informieren.</p>	<p>Siehe Nr. 23 Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt soll nach spätestens 3 Monaten erfolgen, um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.</p>	<p>Siehe Nr. 23</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
25.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 5a Abs. 4:</p> <p><del>(4) Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: spätestens nach 3 Monaten] stattgefunden haben [KBV: ] [GKV SV, DKG, PatV: , spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]</del></p>	<p>Welchen Mehrwert dieser Arzt-Patienten-Kontakt haben soll, erschließt sich nicht. Die Einschränkung führt faktisch dazu, dass der Arzt die Pflegefachkraft bereits nach der ersten Verordnung kontrolliert und eine unabhängige Verordnung damit nur begrenzt möglich ist. Die erweiterte Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften soll die Ärzte entlasten, die Kompetenzen der Pflege stärker nutzen und die Versorgung der Patienten verbessern. Den Pflegefachkräften wird auf der einen Seite mehr Verantwortung zugesprochen und auf der anderen Seite wird diese durch die hier vorgesehenen einschränkenden Regelungen relativiert. Durch den regelmäßigen Austausch zwischen der Pflegefachkraft und dem behandelnden Arzt ist dieser fortlaufend über die festgelegten Maßnahmen informiert und kann diese mitbestimmen.</p> <p>Der Arzt-Patienten Kontakt sollte anlassbezogen erfolgen und nicht an Verordnungszeiträume geknüpft werden. Ansonsten entsteht ein regelhafter bürokratischer Aufwand für die</p>	<p>Siehe Nr. 23, Nr. 24</p> <p>Der G-BA setzt mit dieser Regelung den gesetzlichen Auftrag nach §37 Absatz 8 SGB V zu Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung sowie zum Arzt-Patienten-Kontakt um. Darüberhinausgehend ist dies im Sinne der Qualitätssicherung von Relevanz.</p>	Siehe Nr. 23

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			Ärzte und Patienten, der nicht zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung beiträgt.		
26.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu § 5a Abs. 4:	Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV zu § 5a Abs. 4, dass zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt spätestens nach drei Monaten stattgefunden haben muss, um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.	Siehe Nr. 23, Nr. 24	Siehe Nr. 23
27.	Deutscher Caritasverband e.V.	Zu § 5a Abs. 4:  Die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung „spätestens anlässlich der Folgeverordnung“ hält der Deutsche Caritasverband für entbehrlich. Die Ergänzung sollte deshalb gestrichen werden.	Mit der Formulierung „zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung“ ist ein zeitlicher Rahmen abgesteckt, der unseres Erachtens den Zeitpunkt der Folgeverordnung mit enthält. Eine weitere Präzisierung, wie von GKV-SV, DKG, PatV vorgeschlagen, ist deshalb nicht erforderlich.	Siehe Nr. 25	Siehe Nr. 23

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
28.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu § 5a Abs. 4:</p> <p>Wir schlagen zudem vor, die Formulierung „persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt“ dahingehend zu präzisieren, dass ein Kontakt auch per Video oder Telefon möglich ist. Die Formulierung sollte daher lauten „persönlicher Arzt- Patienten-Kontakt, auch durch Nutzung audiovisueller Kommunikationstechnologien“. Alternativ könnte „persönlicher“ gestrichen werden.</p>	<p>Die Formulierung „persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt“ legt nahe, dass der Patient/die Patientin den Arzt/die Ärztin in der Praxis aufsuchen muss oder aber ein Hausbesuch erfolgt. Es muss klargestellt werden, dass das Kriterium des persönlichen Kontakts auch erfüllt ist, wenn dieser durch Videosprechstunde etc. erfolgt. Gerade bei Verordnungen, bei denen absehbar ist, dass „routinemäßig“ Folgeverordnungen über einen längeren Zeitraum erforderlich sind, ohne dass dafür eine regelmäßige persönliche Inaugenscheinnahme des Patienten/der Patientin erforderlich ist, sollten audiovisuellen Kommunikationstechnologien oder auch Kontakte per Telefon verstärkt genutzt werden.</p>	<p>Die Regelungen zur ärztlichen Fernbehandlung werden im Rahmen eines separaten Verfahrens beraten.</p>	Keine Änderung
29.	AWO Bundesverband e.V.	<p>Zu § 5a Abs. 4:</p> <p><del>Streichung von Absatz 4: „Zwischen der Vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben“</del></p>	<p>Die Regelungen zur Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte sind unabhängig vom Arzt-Patienten Kontakt zu treffen.</p> <p>Inwiefern sich die Ärztin / der Arzt über die Wirksamkeit der Therapie in</p>	Siehe Nr. 23, Nr. 24 und Nr. 25	Siehe Nr. 23

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>einem persönlichen Kontakt mit der*dem Patient*in überzeugt, liegt in ihrer/seiner Verantwortung. Hierzu besteht kein Einfluss seitens des Pflegedienstes oder der qualifizierten Pflegefachkraft.</p> <p>Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Abs. 1 der RL HKP sind ausreichend. Absatz 4 des Paragraphen 5a ist gänzlich zu streichen.</p>		
30.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu § 5a Abs. 4:                      Streichung von Absatz 4:                      „Zwischen der Vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</p>	<p>Die Regelungen zur Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte sind unabhängig vom Arzt-Patienten Kontakt zu treffen.</p> <p>Der Pflegedienst hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt-Patienten Kontakts. Die Verantwortung für die Ausgestaltung der Arzt-Patienten Beziehung und die Häufigkeit der persönlichen Kontakte liegt bei den beiden Akteuren selbst (Arzt und Patient).</p>	Siehe Nr. 25	Siehe Nr. 23

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Absatz 1 der RL HKP sind ausreichend.</p> <p>§ 5a Absatz 4 neu ist deshalb ganz zu streichen.</p>		
31.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu § 5a Abs. 4</p> <p>Streichung von Absatz 4:</p> <p><del>„Zwischen der Vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</del></p>	<p>Die Regelungen zur Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte sind unabhängig vom Arzt-Patienten Kontakt zu treffen.</p> <p>Der Pflegedienst hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt- Patienten Kontaktes. Die Verantwortung für die Ausgestaltung der Arzt-Patienten Beziehung und die Häufigkeit der persönlichen Kontakte liegt bei den beiden Akteuren selbst (Arzt/Ärztin und Patient/Patientin).</p> <p>Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Absatz 1 der RL HKP sind ausreichend.</p>	Siehe Nr. 25	Siehe Nr. 23

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			§ 5a Absatz 4 neu deshalb ganz zu streichen.		
32.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu § 5a Abs. 4:  Die BAG-SAPV schließt sich dem Vorschlag GKV SV "spät. bei der Folgeverordnung" an.	Die BAG-SAPV unterstützt die Stellungnahme zur zeitlichen Angabe zwecks Folgeverordnung des GKV-SV, DKG, PatV	Siehe Nr. 23	Siehe Nr. 23
33.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu § 5a Abs. 4:  <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i>  Die DGP schließt sich dem Vorschlag GKV SV "spät. Bei der Folgeverordnung an	Hier unterstützen die DGP die Stellungnahme zur zeitlichen Angabe zwecks Folgeverordnung des GKV-SV, DKG, PatV	Siehe Nr. 23	Siehe Nr. 23
34.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu § 5a Abs. 5:  <del>(5) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer</del>	Die Pflegefachkräfte können innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen bestimmen. Legt der behandelnde / verordnende Arzt die Häufigkeit und Dauer einer Leistung von vornherein fest, ist die Verordnung für die Pflegefachkraft vorerst bindend.	Es können Fallkonstellationen bestehen, bei denen im Laufe der Behandlung sich Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patientin/des Patienten ergeben, die eine Pflegefachkraft nicht umfassend alle <b>medizinischen Aspekte</b> beurteilen kann.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><del>selbst auf der Verordnung anzugeben.</del></p>	<p>Gelangt die Pflegefachkraft im Weiteren jedoch zu einer anderen Einschätzung, ist zwischen dem verordnenden Arzt und der verordnenden Pflegefachkraft eine Klärung herbeizuführen und die Verordnung anzupassen.</p> <p>Der behandelnde / verordnende Arzt kann Dauer und Häufigkeit einer Maßnahme grundsätzlich auf der Verordnung festlegen. Gelangt die Pflegefachkraft zu einer anderen fachlichen Einschätzung, so ist hierüber Einvernehmen zwischen den Beteiligten herzustellen.</p> <p>Die Einfügung: „Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung anzugeben.“ bedarf es aus Sicht des bpa nicht, da die Pflegefachkraft die Verordnung nicht einseitig ändern kann.</p>	<p>Diese Verschlechterungen bedingen, dass die entsprechende Frequenz und Dauer einer Maßnahme vom ärztlichen Behandlungsplan abhängen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
35.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p><b>Tragende Gründe</b></p> <p>[DKG, PatV, KBV: Insbesondere ist eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung im Rahmen des Entlassmanagements mit Blick auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung von sieben Kalendertagen grundsätzlich nicht geeignet.]</p>	Vgl. Ausführungen zu § 7.	<b>GKV-SV:</b> Siehe Nr. 51	
36.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>Zu § 5a Abs. 5:</p> <p>Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p> <p>... ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt ....</p>	Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran. In vielen Bereichen sind mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte zulässig. Hier sollte die Richtlinie dem aktuellen Stand in der Patientenversorgung angepasst werden.	Die Regelungen zur ärztlichen Fernbehandlung werden im Rahmen eines separaten Verfahrens beraten.	Keine Änderung

**B-6.1.4 Zu § 6**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
37.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu § 6 Abs 2 Satz 2 ist zu ergänzen:	Der Pflegedienst als Leistungserbringer muss sich zusammen mit der qualifizierten Fachkraft über die weitere Versorgung mit der Verordnerin oder dem Ver-	Zustimmung im Kontext der erweiterten Versorgungsverantwortung.	<b>Änderung:</b> In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Verordner“ die Wörter „und in Bezug auf Dauer und Häufigkeit

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		(...), hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner und den Pflegedienst über die Gründe zu informieren.	ordner abstimmen, wenn die verordneten Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt wurden.		in Fällen des § 5a in denen die qualifizierte Pflegefachkraft die Dauer und Häufigkeit selbst bestimmt, den Pflegedienst“ ergänzt.
38.	AWO Bundesverband e.V.	<p>Zu § 6 Abs. 2 Satz 2</p> <p><b>Ergänzung von „sowie den Pflegedienst“</b></p> <p>Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner <b>sowie den Pflegedienst</b> über die Gründe zu informieren.</p>	<p>Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang von der Krankenkasse genehmigt, so ist nicht nur die *der Verordner*in zu informieren, sondern direkt von der Krankenkasse auch der Pflegedienst.</p> <p>Die Information ist zeitgleich an alle Akteure im Versorgungsgeschehen zu übermitteln, u.a. um auch eine Abstimmung zur weiteren Versorgung des Versicherten zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordner*in zu gewährleisten.</p>	Siehe Nr. 37	Siehe Nr. 37
39.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu § 6 Abs. 2 Satz 2</p> <p><b>Ergänzung von „sowie den Pflegedienst“</b></p> <p>Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse</p>	Der Pflegedienst als Leistungserbringer muss sich zusammen mit der qualifizierten Pflegefachkraft über die weitere Versorgung mit der Verordnerin oder dem Verordner abstimmen, wenn die verordneten	Siehe Nr. 37	Siehe Nr. 37

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
		<p>die Verordnerin oder den Verordner <b>sowie den Pflegedienst</b> über die Gründe zu informieren.</p>	<p>Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt werden.</p> <p>Die Information ist zeitgleich an alle Akteure im Versorgungsgeschehen zu übermitteln, u. a. um auch eine Abstimmung zur weiteren Versorgung des Versicherten zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin oder Verordner zu gewährleisten.</p>		
40.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu § 6 Abs 2 Satz 2</p> <p>Ergänzung von „sowie den Pflegedienst“</p> <p>„Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner <b>sowie den Pflegedienst</b> über die Gründe zu informieren.</p>	<p>Der Pflegedienst als Leistungserbringer muss sich zusammen mit der qualifizierten Pflegefachkraft über die weitere Versorgung mit der Verordnerin oder dem Verordner abstimmen, wenn die verordneten Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt werden. Die Information ist zeitgleich an alle Akteure im Versorgungsgeschehen zu übermitteln, u. a. um auch eine Abstimmung zur weiteren Versorgung des Versicherten zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin oder Verordner zu gewährleisten.</p>	Siehe Nr. 37	Siehe Nr. 37

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
41.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu § 6 Abs. 2:  Medizinischer Dienst der Krankenversicherung streichen	Aufgrund des MDK-Reformgesetzes, das am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, wurde aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung der Medizinische Dienst. Dies sollte in der RL angepasst werden.	Zustimmung	<b>Änderung:</b> In § 6 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
42.	AWO Bundesverband e.V.	Zu § 6 Abs. 4	Die Änderung ist sachgerecht.	Kenntnisnahme	
43.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu § 6 Abs. 4:	Die beschriebenen Leistungen "Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege sind seit dem Pflegeberufegesetz Vorbehaltsaufgaben der dort beschriebenen Fachpflege. Die Verordnung von Sicherungspflege muss daher neu geordnet werden (s. auch unter Allgemein)	Siehe Nr. 4	Keine Änderung
44.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu § 6 Abs. 4:	Die beschriebenen Leistungen "Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege sind seit dem Pflegeberufegesetz Vorbehaltsaufgaben der dort beschriebenen Fachpflege. Die Verordnung von Sicherungspflege muss daher neu geordnet werden. S. Oben "Allgemein"	Siehe Nr. 4	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
45.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i>	Die Grundpflege ist bei vorliegender Pflegebedürftigkeit nicht verordnungsfähig. Gleichwohl ergeben sich daraus mehrere Probleme: Es wird ein nicht gedeckelter Anspruch auf die häusliche Krankenpflege zu Lasten einer gedeckelten Leistung der Pflegeversicherung suspendiert und somit der Anspruch auf die Grundpflege nach dem SGB V verkürzt. Gleichzeitig soll gemäß des HKP-Leistungsverzeichnisses die Grundpflege des SGB V zur Nebenleistung der Behandlungspflegeleistung werden. Voraussetzung ist folglich eine vorliegende Verordnung zur Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V und eine diesbezügliche Vereinbarungen nach § 132a Abs. 4 SGB V.	Der G-BA setzt hier die gesetzlichen Vorgaben nach § 37 Absatz 8 SGB V um.	Keine Änderung
46.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu § 6 Abs. 5:  Die Vorlage in elektronischer Form ist zur Wahrung der Fristen ausreichend.	Eine Klarstellung würde in der Versorgungspraxis punktuell aufkommende Diskussionen überflüssig machen.	Dies ist Gegenstand der Rahmempfehlungen nach § 132a SGB V.	Keine Änderung

**B-6.1.5 Zu § 7**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
47.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu § 7 Abs. 4: Sollte die Pflegedokumentation in elektronischer Form geführt werden entfällt die Dokumentation vor Ort. Dem Arzt ist auf Zuruf ein Auszug der Pflegedokumentation vom Pflegedienst vorzulegen. Neue Behandlungsaspekte werden seitens des Arztes/der Ärztin mit dem Pflegedienst besprochen.	Aufgrund der Digitalisierung im Gesundheitswesen würde eine vor Ort geführte Dokumentation dazu führen, dass der Pflegedienst sowohl vor Ort in Papierform als auch in der elektronischen Akte dokumentieren müsste. Um den Dokumentationsaufwand zu verringern, sollte den Pflegediensten die Möglichkeit gegeben werden die Daten ausschließlich elektronisch zu erfassen. Dies setzt eine entsprechend geeignete Software-Lösung voraus.	Vorgaben zur Digitalisierung in der Pflege sind nicht Gegenstand der Regelungskompetenz des G-BA. Ferner wird auf die Modellvorhaben zur Erprobung von Teleepflege nach § 125a SGB XI verwiesen (soziale Pflegeversicherung).	Keine Änderung
48.	APH Bundesverband e.V.	Zu § 7 Abs. 4a:  Vorschlag GKV-SV, DKG, PatV: Streichung von „regelmäßig sowie“.	„Regelmäßig“ ist in diesem Zusammenhang zu unbestimmt; darüber hinaus reicht unseres Erachtens nach eine Information auf Aufforderung durch den Verordner sowie bei unvorhersehbaren und maßgeblichen Veränderungen grundsätzlich aus.	Siehe Nr. 16	Keine Änderung
49.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu § 7 Abs. 4a:  Wir lehnen den Ergänzungsvorschlag der GKVS, DKG und PatV ab.	Ein routinemäßiger, regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass ist nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen (Zeit und Personal). Weder die verordnenden Ärztinnen und Ärzte	Siehe Nr. 16	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			noch die qualifizierten Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste haben hierfür die Ressourcen.		
50.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	<p>Zu § 7 Abs. 4a:</p> <p>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: <b>insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft informiert die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie bei Änderungen oder nach</b></p>	<p>Das DRK verweist auf die Positionierung zu § 5a Abs. 3.</p> <p>Informationspflichten sollten auf das Notwendige beschränkt werden. Es liegt unbestritten in der Verantwortung der qualifizierten Fachkraft, die Verordnerin bei Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung zu informieren.</p> <p>Eine bedarfsgerechte anlassbezogene Abstimmung sowie nach Aufforderung ist ausreichend; auch bei längeren Verordnungszeiträumen.</p> <p>Eine Streichung des Begriffes „regelmäßig“ ist daher sachgerecht.</p>	Siehe Nr. 16	<p><b>Änderung</b> in Folge der Anpassung von § 5a Absatz 4:</p> <p>§ 7 Absatz 4a Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Die qualifizierte Pflegefachkraft informiert die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]			
51.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 7 Abs. 4a: Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner <del>unverzüglich</del> über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans.</p>	<p>Sofern eine Pflegefachkraft Maßnahmen eigenständig festlegt, informiert sie den behandelnden Arzt über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen, damit der Arzt diese Festlegungen im Rahmen seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans berücksichtigen kann.</p> <p>Die Einfügung „unverzüglich“ ist aus Sicht des bpa weder erforderlich noch verhältnismäßig und ist deshalb zu streichen. Den Pflegefachkräften wird durch das GVWG eine Verordnungskompetenz zugesprochen. Die Fachkräfte entscheiden selbstständig und eigenverantwortlich über die entsprechenden Maßnahmen und informieren den behandelnden / verordnenden Arzt. Zu welchem Zeitpunkt dies erfolgt fällt ebenfalls in die Entscheidungskompetenz der Pflegefachkräfte. Dauer und Häufigkeit einer hauswirtschaftlichen Versorgung werden beispielsweise nicht regelhaft einer unverzüglichen</p>	Eine schnelle Informationsweitergabe wird als sinnvoll erachtet. Das Wort „unverzüglich“ drückt aus, dass ein Handeln <i>ohne schuldhaftes Zögern</i> gefordert ist.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Mitteilung an den behandelnden / verordnenden Arzt bedürfen.			
52.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu § 7 Abs. 4a: [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig <del>sowie nach Aufforderung</del> über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]	Der bpa teilt die Maßgabe eines regelmäßigen Austausches zwischen verordnender Pflegefachkraft und verordnendem Arzt. Sofern dieser stattfindet, ist eine Aufforderung des behandelnden / verordnenden Arztes zur Information über die Wirkung der Maßnahmen zusätzlich nicht notwendig, sondern redundant. Insofern ist der Einschub „sowie nach Aufforderung“ zu löschen.	Eine bedarfsweise und anlassbezogene Kommunikation auf Aufforderung der Ärztin/des Arztes ist in Bezug auf medizinische oder pflegerische Änderungen oder Maßnahmen notwendig.	Keine Änderung
53.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu § 7 Abs. 4a: <b>Die Verordnerin oder der Verordner ermöglicht der qualifizierten Pflegefachkraft Einsicht in die Patientenakte sowie die Dokumentation in dieser.</b>	Der behandelnde / verordnende Arzt muss im Zuge der Abstimmungen mit der Pflegefachkraft die Einsichtnahme in die Patientenakte ermöglichen. Zudem muss es den Pflegefachkräften möglich sein, die von ihnen getroffenen Festlegungen zur Dauer und Häufigkeit einzelner Maßnahmen in der Patientenakte zu dokumentieren. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle Beteilig-	Die Zugriffsrechte auf Patientendaten sind gesetzlich geregelt und nicht Gegenstand des Regelungsauftrags des G-BA.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			ten auf dem aktuellen Stand der festgelegten Maßnahmen und deren Wirkungsweise sind.	
54.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 7 Abs. 4a:</p> <p><b>Tragende Gründe:</b></p> <p><del>[GKV-SV, DKG, PatV: Insbesondere längere Verordnungszeiträume erfordern eine regelmäßige Informationsweitergabe über die Wirkung der verordneten Maßnahmen. Gleiches gilt, wenn die Verordnerin oder der Verordner bei der Pflegefachkraft die Wirkung der verordneten Maßnahmen erfragt.] Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: spätestens nach drei Monaten] stattgefunden haben, [KBV: um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.] [GKV-SV, DKG,</del></p>	<p>Für den Arzt-Patienten-Kontakt ist die verordnende Pflegefachkraft nicht zuständig. Die Vorgaben der KBV und des GKV-SV sowie der DKG und PatV zur Regelung, wann ein solcher erfolgen muss (spätestens nach drei Monaten oder spätestens anlässlich der Folgeverordnung) bindet den Arzt aber nicht die Pflegefachkraft oder den Patienten und kann deshalb hier nicht verbindlicher Regelungsgegenstand sein.</p> <p>Eine Bindungswirkung für die Pflegefachkraft über den G-BA ist zudem - ohne eine unmittelbare Beteiligung der Leistungserbringerverbände - rechtlich höchst zweifelhaft. Es besteht keinerlei Möglichkeit der Mitwirkung, obwohl hier Einrichtungen der Pflege gebunden werden sollen. Der bpa lehnt ein solches Vorgehen strikt ab.</p>	<p>Siehe Nr. 23</p> <p>Die Regelung richtet sich an die Verordnerin oder den Verordner.</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<del>PatV: spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]</del>			
55.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu § 7 Abs. 4a:</p> <p>Die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV lehnen wir ab. Eine zusätzliche Regelung „insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen“ ist aus unserer Sicht nicht erforderlich.</p>	<p>Die in § 4a (neu) getroffene Regelung ist aus unserer Sicht auch ohne die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV vollkommen ausreichend, um eine wechselseitige Verständigung und Information zwischen den entsprechend qualifizierten Pflegekräften und den verordnenden Ärztin_innen zu gewährleisten. Einer zusätzlichen Regelung für „längere Verordnungszeiträume“ bedarf es nicht, zumal hier offenbleibt, wann konkret ein „längerer Verordnungszeitraum“ bzw. „längere Verordnungszeiträume“ bestehen.</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Vorgabe dient der Prüfung der Wirksamkeit der verordneten Maßnahmen.</p>	Keine Änderung
56.	AWO Bundesverband e.V.	<p>Zu § 7 Abs. 4a:</p> <p>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufig-</p>	<p>Der AWO Bundesverband spricht sich gegen die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV aus.</p> <p>Für längere Verordnungszeiträume sind die Regelungen nach § 7 Absatz 2 angemessen und ausreichend für die Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordner*in. Weitere Verpflichtungen erhöhen die Büro-</p>	Siehe Nr. 15.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>keit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [<del>GKV-SV, DKG, PatV</del> zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]</p>	<p>kratie und binden Ressourcen, die weder in den Arztpraxen noch in den Pflegediensten vorhanden sind.</p>		
57.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu § 7 Abs. 4a: Absatz 4a ist ersatzlos zu streichen, da die Inhalte bereits in § 7 Absatz 2 abgedeckt sind. Hilfsweise kann § 7 Absatz 2 um den hier vorgeschlagene Satz 1 ergänzt werden. Den Ergänzungsvorschlag von GKV-SV, DKG und PatV lehnen wir ab.</p>	<p>Aus unserer Sicht ist § 7 Absatz 2 vollkommen ausreichend, es bedarf keiner weiteren Konkretisierung der Arzt-Patienten-Kontakte, die Pflegefachkräfte sind bereits jetzt aufgefordert jede wesentliche Änderung beim Patienten der Verordnerin oder dem Verordner mitzuteilen.</p>	Siehe Nr. 15.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
		<p><del>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]</del></p>	<p>Hilfsweise kann § 7 Absatz 2 um den hier vorgeschlagenen Satz 1 ergänzt werden.</p> <p>Ein routinemäßiger, regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass wie in Satz 2 vorgeschlagen ist nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen (Zeit und Personal). Weder die verordnenden Ärztinnen und Ärzte noch die qualifizierten Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste haben dafür die Ressourcen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
58.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu § 7 Abs. 4a.</p> <p>Streichung des Abs. 4a.</p> <p>Der Ergänzungsvorschlag der GKV-SV, DKG und PatV wird abgelehnt.</p> <p><del>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen.</del></p> <p><del>Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungs-</del></p>	<p>Aus Paritätischer Sicht sind zur Kommunikation zwischen Verordnerin/ Verordner und Pflegedienst/qualifizierter Pflegefachkraft die Regelungen in § 7 Abs. 2 ausreichend, auch für längere Verordnungszeiträume. Die Pflegefachkräfte sind bereits jetzt aufgefordert jede Veränderung in der häuslichen Pflegesituation der Verordnerin bzw. dem Verordner zu berichten.</p> <p>Ferner ist ein regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen auf ärztlicher wie auf pflegerischer Seite.</p>	Siehe Nr. 15.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
		<p><del>zeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]</del></p>			
59.	<p>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</p>	<p>Zu § 7 Abs. 4a: ... regelmäßig, anlassbezogen sowie nach Aufforderung...</p>	<p>Anlassbezogen meint, dass bei auffälligen Versorgungsverläufen eine Rückmeldung erfolgt. Dies sollte selbstverständlich sein. Die Ergänzung erfolgt zur Klarstellung.</p>	<p>Die anlassbezogene Rückmeldung ist in § 7 Absatz 2 bereits enthalten. Die hier beschriebenen Informationsweitergaben durch den Pflegedienst gehen darüber hinaus und sind spezifisch für die erweiterte Versorgungsverantwortung.</p>	Keine Änderung
60.	<p>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</p>	<p>Zu § 7 Abs. 4a:  Die BAG-SAPV schlägt vor:  Den von GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich eingefügten Satz:  „Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifi-</p>	<p>[§ 7 Abs. 4a] Dies erübrigt sich durch Arzt/Ärztinnen-Patienten-Kontakt, der bei Folgeverordnungen vorzunehmen ist.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Siehe Nr. 15 und Nr. 1  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>zierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]“</p> <p>zu streichen</p> <p>„Bei längeren Verordnungszeiträumen, ist im Verordnungszeitraum mind. eine interprofessionelle Fallbesprechung (zwischen verordnendem Arzt/Ärztin und Pflegefachkraft) durchzuführen“</p> <p>zu ergänzen.</p>			
61.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p>Zu § 7 Abs. 4a Satz 1 und 2:</p> <p><i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes]</i></p>	<p>[§ 7 Abs. 4a] Dies erübrigt sich durch Arzt-Patienten-Kontakt, der bei Folgeverordnungen vorzunehmen ist</p>	Siehe Nr. Nr. 15	Keine Änderung
62.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p>Zu § 7 Abs. 4a Satz 3:</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die DGP schlägt folgende Änderung/Streichung vor: der von</p>	<p>Information ist zu kurz gegriffen, vielmehr geht es um Therapiebesprechungen. Hier sollte die Interdisziplinarität hervorgehoben werden im Form von interdisziplinäre</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Siehe Nr. 15 und Nr. 1</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich eingefügte Satz: „<i>Inbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.</i>“ <b>ist zu streichen, die DGP schlägt folgende Ergänzung vor:</b></p> <p>Bei längeren Verordnungszeiträumen, ist mind. eine interprofessionelle Fallbesprechung (mindestens zwischen Arzt und Pflege) durchzuführen</p>	<p>und interprofessionelle Fallgespräche, gemeinsame Therapieplanung.</p> <p>Die Ergänzung zur interprofessionellen Fallbesprechung ist anlehnend an internationalen Studien, die aufzeigen, dass die Behandlung und somit der Effekt für Patient:innen sich erhöht, wenn es in interprofessionellen Fallbesprechungen diskutiert wurde.</p>		
63.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu § 7 Abs. 5:	Die Ergänzung GKV SV ist aus unserer Einschätzung sinnvoll	<p><b>GKV-SV:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelung des § 39 Absatz 1a SGB V kann ein ausdrücklicher Ausschluss für das Entlassmanagement aus Sicht der KBV, DKG und PatV nicht erfolgen.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				Allerdings wird in den Tragenden Gründen erläutert, dass Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung im Entlassmanagement grundsätzlich nicht geeignet sind.	
64.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu § 7 Abs. 5: <del>[GKV-SV zusätzlich: Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen.]</del>	Das DRK sieht keine Sachgründe, warum Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen können.	<b>KBV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Eine erweiterte Versorgungskompetenz im Sinne des § 37 Absatz 8 SGB V kann bei Fallkonstellationen des Entlassmanagements, mit Blick auf die gemäß § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V kurzen Verordnungszeiträume von maximal 7 Tagen, nicht umgesetzt werden. Aufgrund der akutstationären Behandlung ist es außerdem sachdienlich, dass die Frequenz von Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege durch das Krankenhaus festgelegt wird. Das Krankenhaus kann aufgrund der akutstationären Behandlung am besten einschät-	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				zen, wie hoch der Versorgungsbedarf unmittelbar nach der Entlassung sein wird. Mit Blick auf die erforderliche Rechtsklarheit für das Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen, ist eine entsprechende Regelung notwendig	
65.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>Zu § 7 Abs. 5:</p> <p>Sollte die Verordnung im Rahmen des Entlassungsmanagements erfolgen, informiert die Pflegefachkraft den Folge-Verordner über auf Basis der Verordnung durchgeführten Maßnahmen, deren Dauer und Frequenz.</p>	<p>Gerade nach der Entlassung aus einer stationären Einrichtung kann sich der Bedarf im Rahmen der Behandlungspflege verändern. Um hier einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen, sollte auch in diesem Fall eine Anpassung möglich sein. Um die Informationsweitergabe sicherzustellen, sollte die Pflegefachkraft den Arzt, der die Folge-Verordnung ausstellt, über den Verlauf informieren.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> GKV-SV: Siehe Nr. 64</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Im Zuge des Entlassmanagements kann die Festlegung der Häufigkeit und Dauer grundsätzlich durch das Krankenhaus erfolgen. Das Krankenhaus hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin, den weiterbehandelnden Vertragsarzt, die weiterbehandelnde Vertragspsychotherapeutin oder den weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeuten über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird.	
66.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu § 7 Abs 5 neue angefügter Satz nach Position GKV-SV:</p> <p>Wir lehnen den Ergänzungsvorschlag des GKVSV, wonach das Entlassmanagement von der erweiterten Versorgungsverantwortung auszuschließen ist, ab.</p>	<p>Bereits jetzt ist es im Krankenhaus gängige Praxis, dass die Erfahrung und Kompetenz der Pflegefachkräfte auf den bettenführenden Stationen in die Beurteilung des Bedarfes und des Umfanges der Häuslichen Krankenpflege sowie in den Prozess der Entlassung mit einbezogen werden. Die Pflegefachkräfte sind mit der Situation der Patientin/des Patienten vertraut und können diese adäquat beurteilen. Deshalb kann auch die erweiterte Versorgungsverantwortung Anwendung finden.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Anwendung der erweiterten Versorgungskompetenz bezieht sich auf Leistungserbringer nach § 132a SGB V und nicht auf das im Krankenhaus angestellte Pflegepersonal. Zur Umsetzung im Krankenhaus: Siehe Nr. 65.</p>	Keine Änderung
67.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu § 7 Abs 5 neue angefügter Satz nach Position GKV-SV:</p> <p>Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können <b>im Einzelfall</b> im Rahmen des Entlassmanagements <b>nicht</b> erfolgen.</p>	<p>Die häusliche Krankenpflege kann von Krankenhausärzten im Rahmen des Entlassmanagements (§ 7 Absatz 5 HKP-RL) für sieben Kalendertage nach dem Krankenhausaufenthalt verordnet werden. Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung sind nach Auffassung des GKV-SV im Rahmen des Entlassmanagements – insbesondere mit Blick auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung von sieben Kalendertagen – nicht geeignet.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Siehe Nr. 64</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme Siehe auch Nr. 63</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Der bpa teilt diese Einschätzung des GKV-SV nicht. Sofern erforderlich, müssen Krankenhausärzte – im Bedarfsfall – auch Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausstellen dürfen; ansonsten kann das Entlassmanagement die Anschlussversorgung nicht ausreichend sicherstellen und es entstehen Versorgungs- / bzw. Verordnungslücken.</p>			
68.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu § 7 Abs. 5 Ablehnung des Einschubs des GKV-SV zusätzlich <del>Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen.</del></p>	<p>Aus unserer Sicht ist auch das Entlassmanagement für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet, da sich die Eignung der Pflegefachkräfte nicht auf die Verordnungsdauer bezieht, sondern auf die Häufigkeit und Dauer der notwendigen Maßnahmen, die von den Pflegefachkräften im Krankenhaus auf Grund Ihrer Ausbildung und des häufigeren Patienten:innenkontaktes deutlich besser einschätzen können als Mediziner.</p>	Siehe Nr. 64, 65 und Nr. 66	Keine Änderung
69.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Zu § 7 Abs 5:	<p>Der Ausschluss des Entlassmanagement für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und damit die Differenzierung der verschiede-</p>	Siehe Nr. 64, 65 und Nr. 66	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Die Ergänzung des GKV-SV, wonach das Entlassmanagement von der erweiterten Versorgungs- verantwortung auszuschließen ist wird abgelehnt.</p> <p><del>Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen.</del></p>	<p>nen Pflegesettings ist aus Sicht des Paritätischen nicht nachvollziehbar. Es erschließt sich nicht, weshalb Pflegefachkräfte im Krankenhaus auf der Basis ihrer Ausbildung und des regelmäßigen Patientenkontakt nicht die Häufigkeit und Dauer der notwendigen Maßnahmen beurteilen können sollten. Bereits jetzt ist es gängige Praxis, dass Pflegefachkräfte im Krankenhaus in die Beurteilung des Bedarfes der Patient*innen nach Krankenhausaufenthalt einbezogen werden. Daher spricht aus Sicht des Paritätischen nichts gegen die Anwendung der Regelung zu Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung im Rahmen des Entlassmanagements. Eine Differenzierung nach Tätigkeitsfeldern ist auch hier nicht nachvollziehbar.</p>		
70.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu § 7 Absatz 5:	Ergänzung GKV: diese Ergänzung sieht die DGP ebenfalls sinnvoll	Siehe Nr. 63	

**B-6.1.6 Zu § 9**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
71.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	... die 3-Tage-Frist...	Hier sollte der Text an die aktuelle Vorlagefrist von 4-Tagen angepasst werden.	Dem Hinweis zur Anpassung der Regelung wird gefolgt.	<b>Änderung:</b> In § 9 Absatz 1 werden die Wörter „3-Tage-Frist“ durch die Wörter „4-Tage-Frist“ ersetzt.

**B-6.1.7 Zum Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis)**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
72.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zur Einfügung einer zusätzlichen Spalte im Leistungsverzeichnis:	Die Einfügung der zusätzlichen Spalte erleichtert den Überblick, welche Maßnahmen durch die Pflegefachkräfte fortan eigenständig festgelegt werden können.  Laut der Tragenden Gründe hat der G-BA geprüft, welche der Pflegemaßnahmen des Leistungsverzeichnisses (LV) sich grundsätzlich für eine eigenständige Entscheidung über die Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräfte eignen. Dabei wurden folgende Aspekte in die Bewertung einbezogen:	Die Bewertung einzelner Leistungen hinsichtlich der Bestimmung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräften ist auf Grundlage einheitlicher Kriterien erfolgt (siehe Ausführungen in TG).  Zur Leistungsnummer 15: Flüssigkeitsbilanzierung:  Es bedarf einer engmaschigen ärztlichen Kontrolle der Flüssigkeitsbilanzierung. So kann beispielsweise als Folge einer Fehleinschätzung eine akute Dekompensation auftreten, welche für	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Gefahrgeneigtheit einer Kompetenzerweiterung bei der konkreten Maßnahme</p> <p>Nähe zur pflegerischen bzw. ärztlichen Kompetenz</p> <p>Abgrenzbarkeit der pflegerischen von der ärztlichen Verantwortung</p> <p>Einbettung in den ärztlichen Therapieplan (soweit Bestandteil der medizinischen Behandlungspflege)</p> <p>Aus der Synopse des G-BA zu den einzelnen Leistungen ergibt sich, dass die Möglichkeit zur Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine Pflegefachkraft jeweils für den Einzelfall, d. h. für die einzelne Leistung bewertet wurde. Die Anwendung der oben genannten Kriterien erscheint dabei nicht stringent. Vielmehr wird die Möglichkeit von Festlegungen durch eine Pflegefachkraft nur für einige ausgewählte Maßnahmen mit „ja“ bewertet, während der Großteil der Leistungen aus der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkräfte herausfallen soll.</p>	<p>die Patientin/ den Patienten lebensbedrohlich sein kann (siehe Gefahrgeneigtheit einer Kompetenzerweiterung bei der konkreten Maßnahme).</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p><b>Beispiel Positionsnummer 15:</b> Flüssigkeitsbilanzierung zur 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. Der G-BA kommt zu dem Schluss, dass bei dieser Maßnahme keine Festlegungen durch die Pflegefachkräfte möglich sein sollten. Begründet wird dies damit, dass bei der Festlegung der Rahmenbedingungen - einschließlich Dauer und Frequenz - der ärztliche Behandlungsplan maßgebend sei, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum bestünde.</p> <p>Die Pflegefachkräfte arbeiten nah am Patienten und können auf gesundheitliche Veränderungen schnell reagieren, zudem besitzen sie die notwendige Kompetenz für die Durchführung der Leistung. Im Falle, dass die Pflegefachkräfte die Dauer und Häufigkeit selbst festlegen könnten, bestünde auch keine erhöhte Gefahreneignigkeit, da dies mit dem behandelnden Arzt kommuniziert wird und somit in Absprache</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>mit diesem erfolgt. Der behandelnde Arzt behält somit die medizinische Verantwortung und Möglichkeit der Einbettung in den ärztlichen Therapieplan.  <b>Der bpa sieht die vom G-BA angeführten Kriterien hier - so wie auch bei weiteren Maßnahmen, vgl. unten - als nicht zutreffend an.</b></p>		
73.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)		<p>Der Beschlussentwurf sieht vor, dass sich die Pflegefachkräfte bezüglich der Festlegungen zu Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen regelmäßig mit dem behandelnden / verordnenden Arzt abstimmen. Insofern findet ein regelmäßiger Austausch mit einer Überprüfung der Festlegungen durch einen Arzt statt. In diesen Kontext sind die Entscheidungen (festzulegenden Maßnahmen) durch die Pflegefachkräfte einzubetten.</p> <p>Vor diesem Hintergrund erscheint die restriktive Herangehensweise des G-BA zur Festlegung der einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch die Pflegefachkräfte nicht sachgerecht, s.o. Ein Großteil der Leistungen wurde von</p>	Kenntnisnahme.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der erweiterten Versorgungsverantwortung ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat die neue Verordnungskompetenz der Pflegefachkräfte durch das GVWG festgelegt, die Einschränkungen des G-BA auf nur einige ausgewählte Maßnahmen widerspricht dem gesetzlichen Ansinnen, die Kompetenzen der Pflege zu stärken und die Ärzte zu entlasten.</p> <p>Insgesamt zeigt sich, dass die Patientenvertretung und auch der GKV-Spitzenverband der Qualifikation und Kompetenz der Pflege mehr Vertrauen und Verantwortung zusprechen als die ärztlichen Vertretungen. Im Sinne der gesetzlichen Vorgaben und der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung müssen solche Ressentiments überwunden werden.</p>		
74.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummer 1, 2, [PatV, GKV-SV: 3], 4, 5, [PatV,	[siehe einzelne Leistungsnummern]	Kenntnisnahme.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>GKV-SV, DKG: 6], 7, [PatV: 8], 12, [PatV, GKV-SV, DKG: 13], 14, 21, 22, 27, [PatV, GKV-SV: 28], [PatV: 29], 30, [PatV, GKV-SV: 31], 31b, 31c und 31d das Wort „ja“ eingefügt.</p>		
75.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Der bpa teilt die restriktive Auslegung der erweiterten Versorgungsverantwortung für die Pflegefachkräfte nicht. Aus unserer Sicht müssen die Positionsnummern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 (Blasenspülung)</li> <li>- 10 (Blutdruckmessung)</li> <li>- 11 (Blutzuckermessung)</li> <li>- 11a (Interstitielle Glukosemessung)</li> <li>- 13 (Drainagen)</li> <li>- 15 (Flüssigkeitsbilanzierung)</li> <li>- 19 (Richten von Injektionen)</li> <li>- 28 (Stomabehandlung)</li> </ul> <p>für die Verordnung durch die Pflegefachkräfte ebenfalls Berücksichtigung finden. Die Pflegefachkräfte sind hierfür hinreichend qualifiziert und können eine sachgerechte Einschätzung zum Bedarf (Dauer und</p>	<p>Zu den Nummern 9, 10, 11, 11a, 13, 15, 19 und 28 des Leistungsverzeichnisses: siehe nachfolgende einschlägige Auswertung.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Häufigkeit der Maßnahme) vornehmen. Die Pflegefachkraft stimmt sich über die getroffenen Festlegungen regelmäßig mit dem Arzt ab, so dass stets auch eine aktuelle Einschätzung zur medizinischen Notwendigkeit und Wirkungsweise vorliegt.</p> <p>Gleiches gilt für die Positionsnummern 29 (Wechsel und Pflege der Trachealkanüle) und 31 (Wundversorgung einer akuten Wunde).</p> <p>Der bpa stimmt dem Vorschlag der PatV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer für die Leistung „Wechsel und Pflege der Trachealkanüle“ durch die Pflegefachkraft möglich ist. Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgen bereits durch Pflegefachkräfte - entsprechend der situativen Notwendigkeit vor Ort sowie in Absprache mit den Betroffenen und ggf. in Zusammenarbeit mit der Logopädie.</p> <p>Unterstützt wird weiterhin das Votum von PatV und GKV-SV für die Leistung „Wundversorgung einer</p>	<p>zu Leistungsverzeichnis Nr. 31 (Wundversorgung einer akuten Wunde):</p> <p><b>PatV, GKV-SV:</b> Zustimmungse Kenntnisnahme.</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Siehe Nr. 186</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>akuten Wunde“. Die Pflegefachkräfte verfügen über die notwendige Fachkompetenz, um die Wundbeurteilung durchführen und den Bedarf und die Häufigkeit eines Verbandswchsel festlegen zu können. Gemäß der QPR-Prüffrage 9.29 ist es bereits heute Aufgabe der Mitarbeitenden der Pflegedienste zu überprüfen, ob die vom Arzt angeordnete Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der Pflegedienst muss zudem nachweisen, dass er die Ärztin bzw. den Arzt darüber informiert, wenn die angeordnete Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.</p> <p>Der bpa bittet die genannten Positionsnummern aufzunehmen und in der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ mit „ja“ zu kennzeichnen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
76.	AWO Bundesverband e.V.	<p>Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? Ja bei den Nummern:</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24a, 26, 27, 27a, 28, 29, 30, 31, 31a, 31b, 31c, 31d</p>	<p>Der AWO Bundesverband spricht sich für folgende Nummern für eine Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft aus:</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24a, 26, 27, 27a, 28, 29, 30, 31, 31a, 31b, 31c, 31d</p>	Kenntnisnahme	
77.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	Zustimmung zu den Einschätzungen aller Bänke des G-BA zu den Nummern 1, 2, 4, 5, 7, 12, 14, 21, 22, 27, 30, 31b, 31c, 31d	Auch unserer Auffassung nach ist eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer ist hier bei allen hier aufgeführten Nummern durch die Pflegefachkraft angezeigt bzw. möglich.	Kenntnisnahme	
78.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Zustimmung zu den Einschätzungen aller Bänke des G-BA zu den Nummern 1,2, 4,5, 7,12,14,21,22, 27,30, 31b, 31c, 31d	Auch nach Paritätischer Einschätzung ist eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer bei den Nummern, die alle Bänke des G-BA mit „ja“ eingeschätzt haben, durch die Pflegefachkraft angezeigt bzw. möglich. Die Einschätzung der darüber hinaus genannten Leistungen erfolgt in den unten stehenden Zeilen.	Kenntnisnahme	
79.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante	<b>Anlage 1 II. 2. Abs. (1)</b> Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen	Leistungen Anlage der Anlage 4: Nr. 1-5, 7, 12, 13, 15, 26, 26a, 31d sind Vorbehaltsaufgaben der Pflege und	Siehe Nr. 4, Nr. 5	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
	Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Maßnahme, Häufigkeit und Dauer bestimmen.</p>	<p>primär durch die Pflegefachkraft und nicht durch den Arzt / die Ärztin zu verordnen. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verordnenden Arzt / Ärztin und Pflegefachkraft ist Voraussetzung.</p>	<p>Gemäß § 2 Absatz 1 erster Spiegelstrich HKP-RL beinhaltet häusliche Krankenpflege 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). Damit können per Definition Maßnahmen der Behandlungspflege keine pflegerischen Vorbehaltsaufgaben sein.</p> <p>Jede Verordnung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege erfolgt gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 SGB V durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte oder bei Maßnahmen der pHKP gemäß § 73 Absatz 2 Satz 5 SGB V auch durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
80.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p><b>[Allgemein: ]</b>  Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Maßnahme, Häufigkeit und Dauer bestimmen. Anlage 4 Leistungen 1-5, 7, 12, 13, 15, 26, 26a, 31d sind Vorbehaltsaufgaben der Pflege und primär durch die Pflegefachkraft und nicht durch den Arzt / die Ärztin zu verordnen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt / Ärztin und Pflegefachkraft ist Voraussetzung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>  Änderungsvorschlag DGP: Zu den Nummern 1 bis 31d – Nummer 1-5, 12, 15, 14, 15, 31, 31a sind Vorbehaltsaufgaben der</p>	s. Begründung („Allgemein“)	siehe Nr. 4, Nr. 5	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Pflege und durch diese zu einzuschätzen und verordnen ist.			
81.	AWO Bundesverband e.V.	Ergänzung des Leistungsverzeichnisses:  Fallbesprechung	<p>Der AWO Bundesverband regt folgende Erweiterung des Leistungsverzeichnisses an:</p> <p>Fallbesprechungen zwischen Verordner*in und qualifizierter Pflegefachkraft sind sowohl im Kontext der Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V, aber auch im Rahmen aller Leistungen in der häuslichen Krankenpflege erforderlich. Besonders deutlich wird dies bei Leistung Nr.24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten und bei der palliativen Ausrichtung der HKP:</p> <p>Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die</p>	siehe Nr. 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss.</p> <p>Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen.</p> <p>Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, das den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig. auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt nach § 87b Absatz 1b SGB V. Notwendig ist ggf.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z.B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Ver-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>tragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen.</p> <p>Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein.</p>		
82.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	Ergänzung des Leistungsverzeichnisses: Fallbesprechung	<p>Hierzu gehören gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie qualifizierter Pflegefachkraft“ im Kontext der Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V aber auch im Rahmen aller Leistungen in der häuslichen Krankenpflege. Besonders deutlich wird dies bei Leistung Nr. 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten und bei der palliativen Ausrichtung der HKP:</p> <p>Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf</p>	siehe Nr. 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss.</p> <p>Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen.</p> <p>Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, das den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>berücksichtigt, zukünftig auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt nach § 87b Absatz 1b SGB V. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z. B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rah-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>men von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein.</p>		
83.	<p>Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.</p>	<p>Ergänzung des Leistungsverzeichnisses:  Pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der ärztlichen Videosprechstunde</p>	<p>Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass auch im häuslichen Bereich die technische Unterstützung für die Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt.  Auch für die verordnungsfähigen Leistungen gemäß HKP-Richtlinie ist zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Absatz 2 SGB V diese neue Möglichkeit in das Leistungsverzeichnis einzubinden. Hierbei ist die pflegefachliche</p>	<p>Die Regelungen zur ärztlichen Fernbehandlung werden im Rahmen eines separaten Verfahrens beraten.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Unterstützung des Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort aufzunehmen.</p>		
84.	<p>Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.</p>	<p>Erweiterung des Leistungsverzeichnisses: Fallbesprechungen</p> <p>Der Paritätische sieht die Notwendigkeit, das Leistungsverzeichnis um die Leistung „Gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordner*innen und qualifizierter Pflegefachkraft“ zu erweitern.</p>	<p>Hierzu gehören gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie qualifizierter Pflegefachkraft im Kontext der Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V aber auch im Rahmen aller Leistungen in der häuslichen Krankenpflege. Deutlich wird die Notwendigkeit beispielsweise bei der Leistung Nr. 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten und bei der palliativen Ausrichtung der HKP:</p> <p>Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und</p>	siehe Nr. 1	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung.</p> <p>Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, dass den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen und Akteuren im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Daher sollte dem fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste durch eine Aufnahme in das Leistungsverzeichnis Rechnung getragen werden.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
85.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Ergänzung des Leistungsverzeichnisses: Pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der ärztlichen Videosprechstunde Der Paritätische sieht auch hier die Notwendigkeit, das Leistungsverzeichnis entsprechend zu erweitern.	Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass auch im häuslichen Bereich die technische Unterstützung für die Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt. Daher ist auch für die verordnungsfähigen Leistungen gemäß HKP-Richtlinie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Absatz 2 SGB V diese neue Möglichkeit in das Leistungsverzeichnis einzubinden. Hierbei ist die pflegefachliche Unterstützung des / der Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort aufzunehmen.	Die Regelungen zur ärztlichen Fernbehandlung werden im Rahmen eines separaten Verfahrens beraten.	Keine Änderung
86.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	Zur SAPV	Neben den Leistungen der HKP kann auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V verordnet und erbracht werden. In diesen Fällen entfällt die Leistung 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses. Der SAPV Leistungserbringer, bestehend insbesondere aus Ärztinnen und Ärzten	Die erweiterte Versorgungsverantwortung richtet sich nach gesetzlicher Vorgabe ausschließlich an die Leistungserbringer nach § 37 SGB V.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>sowie Pflegefachkräften, erbringt die SAPV-Leistungen einschließlich der Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Daher sind in diesen Fällen die Festlegungen der Maßnahmen durch die Pflegekräfte nicht nur mit dem jeweiligen Vertragsarzt/der Vertragsärztin, sondern auch mit dem SAPV-Team abzustimmen. Dies betrifft insbesondere alle Maßnahmen der Behandlungspflege, die für die Symptomkontrolle relevant sind, aber auch alle pflegerischen Maßnahmen des HKP Leistungsverzeichnisses, die im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel durch die SAPV Ärztin oder den SAPV-Arzt erbracht werden.</p>		
87.	AWO Bundesverband e.V.	Ergänzung des Leistungsverzeichnisses: Videosprechstunde	<p>Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass auch im häuslichen Bereich die technische Unterstützung für die Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt.</p>	Die Regelungen zur ärztlichen Fernbehandlung werden im Rahmen eines separaten Verfahrens beraten.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Auch für die verordnungsfähigen Leistungen gemäß HKP-Richtlinie ist zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach §37 Abs.2 SGB V diese neue Möglichkeit in das Leistungsverzeichnis einzubinden. Hierbei ist die pflegfachliche Unterstützung des Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort aufzunehmen.</p>		
88.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 1</b> Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit:	<p>Der bpa hält die Verordnungsmöglichkeit durch die Pflegefachkräfte für sachgerecht inklusive der Nummer 3. Die Tätigkeiten werden von den Pflegefachkräften regelhaft durchgeführt und für die Festlegung von Dauer und Häufigkeit besteht ausreichend Kompetenz.</p>	<p><b>zu Leistungsverzeichnis Nr. 1:</b> Kenntnisnahme.</p> <p><b>zu Leistungsverzeichnis Nr. 3:</b> <b>PatV:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme:</p> <p><b>KBV, DKG</b> Die Rahmenbedingungen einer Verabreichung von Sondernahrung (Art, Menge, Häufigkeit, Zeitpunkt der Nahrungszufuhr, Dauer) sind durch die Ärztin/durch den Arzt festzulegen,</p>	Zu Leistungsverzeichnis Nr. 3: siehe Nr. 92

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				da Anpassungen oder Abweichungen aufgrund einer individuellen Entwicklung des Gesundheitszustands möglich sind. Eine Fehleinschätzung kann zu Komplikationen führen (Gefahrgeignetheit).	
89.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p><b>Nr. 1</b> Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit i.V. mit <b>Nr. 3</b> Ernährung. Wir befürworten die Festlegung von Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen im Bereich Ernährung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV, GKVS, DKG an.</p>	<p>Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung können auch für den Bereich Ernährung inkl. parenterale Ernährung über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen. Durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin sind Pflegefachkräfte mit den konkreten Bedürfnissen und Bedarfen ihrer Patient_innen vertraut und können diese im Rahmen der Verordnung entsprechend berücksichtigen.</p> <p>Grundsätzlich möchten wir hier und auch für die folgenden Leistungen, zu denen wir Stellung nehmen, darauf hinweisen:</p> <p>Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erfolgt</p>	siehe Nr. 88	Zu Leistungsverzeichnis Nr. 3: siehe Nr. 92

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>grundsätzlich innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens. Die Pflegefachkraft entscheidet also nicht, ob eine Leistung verordnet wird, sondern kann bei ausgewählten Leistungen lediglich die Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen festlegen.</p> <p>Da in den Änderungen der HKP-RL auch die Kommunikation und der Informationsaustausch mit der ordnenden Ärztin/dem ordnenden Arzt geregelt ist (s. z.B. § 5a, Abs. 3 [neu] sowie § 7, Abs. 4a [neu]), können aus ärztlicher Sicht notwendige Anpassungen, falls erforderlich, jederzeit vorgenommen werden.</p> <p>Zudem enthält § 5a, Absatz 5 (neu) eine Ausnahmeregelung für den Fall, dass wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sprechen. Wenn nach Einschätzung der Ärztin/des Arztes</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			eine engmaschige ärztliche Begleitung bzw. häufige und wiederholte (Neu)einschätzungen der Entwicklung des Gesundheitszustandes erforderlich sind, kann die Ärztin/der Arzt Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung angeben.		
90.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung:  Wir schließen uns der Auffassung der PatV und des GKV-SV an, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist	Die Leistungsbeschreibung umfasst ausschließlich die Abgabe der Nahrung und die damit im Zusammenhang stehenden Verrichtungen. Bereits heute übernehmen die Mitarbeitenden der Pflegedienste die Umsetzung nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Pflegebedürftigen. Dazu gehört auch, dass die korrekte Lage der Sonde vor jeder Applikation von Nahrung oder Flüssigkeit überprüft wird.	siehe Nr. 88	siehe Nr. 92
91.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung:  PatV/GKV-SV: ja DKG/KBV: nein	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV.	siehe Nr. 88	siehe Nr. 92
92.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung	Bei der Leistungsbeschreibung <b>Nr. 3</b> (Ernährung) des Leistungsverzeichnisses teilt die Bundesärztekammer grundsätzlich die Ansicht von KBV und DKG, dass die Rahmenbedingungen einer	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV, DKG, GKV-SV:</b> Zustimmung, Kenntnisnahme, in Bezug	<b>KBV, DKG, GKV-SV: Änderung:</b> Die Spalte „Festlegung von Häufigkeit und

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Verabreichung von Sondennahrung eine Ärztin oder ein Arzt festzulegen hat.</p> <p>Die Festlegung der Häufigkeit zur Überprüfung der Lage der Sonde sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer nur von einer Ärztin oder einem Arzt als Rahmenvorgabe erfolgen.</p>	<p>auf die Gesamteinschätzung, dass für die Leistung Verabreichung von Sondennahrung die Pflege nicht über Dauer und Häufigkeit entscheiden kann. Zudem siehe Tragende Gründe.</p>	<p>Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummer 3 wie folgt gefasst: „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei: ja, sofern orale Zufuhr erfolgt“</p> <p>Sondennahrung, Verabreichen von [...]: nein</p> <p><b>PatV:</b> keine Änderung</p>
93.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung</p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen im Bereich Ernährung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV und GKV-SV an.</p>	<p>s. Begründung zu Nr. 1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit</p>	<p>siehe Nr. 88</p>	<p>siehe Nr. 92</p>
94.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	<p>Zu <b>Nr. 3</b> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei Sondennahrung</p>	<p>Die Festlegung sollte nicht durch die Pflegefachkraft erfolgen. Wir stimmen daher dem Vorschlag der KBV/DKG zu.</p>	<p>Siehe Nr. 92</p>	<p>siehe Nr. 92</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Anpassung oder Abweichungen vom Behandlungsplan erfolgen durch die/den behandelnde(n) Ärzt*in. Dies ist insbesondere im Rahmen der Palliativversorgung unbedingt erforderlich.			
95.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung</p> <p>Wir schließen uns der Auffassung der PatV und des GKV-SV an. Wir befürworten eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft.</p>	Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung können auch für den Bereich Ernährung inkl. parenterale Ernährung über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen. Durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin sind Pflegefachkräfte mit den konkreten Bedürfnissen und Bedarfen ihrer Patientinnen und Patienten vertraut und können diese im Rahmen der Verordnung entsprechend berücksichtigen.	siehe Nr. 88	siehe Nr. 92
96.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung:</p> <p>Wir schließen uns der Auffassung der PatV und des GKV-SV an. Eine Festlegung der Häufigkeit durch Pflegefachkraft ist möglich.</p>	Die Leistungsbeschreibung umfasst ausschließlich die Abgabe der Nahrung und die damit im Zusammenhang stehenden Verrichtungen. Bereits heute übernehmen die Mitarbeitenden der Pflegedienste die Umsetzung nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patient*innen. Dazu gehört auch, dass die korrekte Lage der Sonde vor jeder Applikation von Nahrung oder Flüssigkeit überprüft wird.	siehe Nr. 88	siehe Nr. 92

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
97.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	Zu <b>Nr. 3</b> Ernährung:  <b>+BPfK: ja</b>	Der Arzt verordnet sicherlich die entsprechende Nahrung, nachdem diese durch eine angestellte Pflegefachkraft des Zulieferers entsprechend berechnet und empfohlen wurde.	siehe Nr. 88	siehe Nr. 92
98.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen, Bronchialtoilette:  Wir stimmen dem Vorschlag der PatV, GKV-SV und DKG zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist.	Die Leistungen erfolgen aufgrund der Indikation im Sinne der HKP Richtlinie in der Regel ungeplant situationsgerecht und spontan bei Bedarf. Ein konkreter Zeitpunkt oder die Häufigkeit pro Tag kann von ärztlicher Seite bei dieser Patientengruppe in der häuslichen Versorgung regelhaft nicht genau im Voraus bestimmt werden. Der von der KBV beschriebene Vorgang ist im Gegensatz zu den in der HKP-Richtlinie beschriebenen Leistungen, eine therapeutische Bronchiallavage. Dieser Eingriff ist keine Leistung der HKP und auch nicht in den HKP-Richtlinien geregelt. Der Eingriff erfolgt mittels Endoskop und erfordert immer eine Ärztin/einen Arzt.	<b>Zu „Absaugen der oberen Luftwege“:</b> Zustimmung Kenntnisnahme  <b>Zu „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“:</b> Zustimmung zur Einschätzung des DBfK, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes, BAG-SAPV, DGP und der BÄK, dass die Bronchiallavage/ Bronchialtoilette eine primäre ärztliche Leistung ist. Keine Zustimmung zur Darstellung des DBfK, dass die Bronchiallavage in der HKP RL keine Regelung findet – siehe Nr. 6 zweiter Spiegelstrich.	<b>Änderung:</b> Die Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“, Leistungsverzeichnis Nr. 6 wird wie folgt gefasst: <b>Absaugen der oberen Luftwege [...]: ja</b>  <b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage) Therapeutische [...]: nein</b>
99.	APH Bundesverband e.V.	Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen: ja.	Wenngleich der Verordner hier ggf. grundsätzliche Mindesthäufigkeiten der Leistungserbringung verordnen kann, machen oftmals von der Planung	siehe Nr. 98	siehe Nr. 98

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
			abweichende individuelle und spontane Absaugungen eine entsprechende Entscheidungsbefugnis der Pflegefachkraft erforderlich.		
100.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:  PatV/GKV-SV/DKG: ja KBV: nein	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV/DKG.	siehe Nr. 98	siehe Nr. 98
101.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:	Der bpa schließt sich der Position von PatV/GKV-SV/DKG an. Da individuell und situativ gehandelt werden muss, sollte die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung über die Maßnahmen vor Ort entscheiden dürfen.	siehe Nr. 98	siehe Nr. 98
102.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:	Bei Leistungsbeschreibung Nr. 6 (Absaugen) unterstützt die Bundesärztekammer grundsätzlich die Ansicht der KBV, dass insbesondere bei der Bronchialtoilette die Frequenz der Durchführung durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgegeben werden muss.  Anders verhält es sich jedoch beim Absaugen der oberen Luftwege. Da es ganz überwiegend eine spontane Leistungserbringung darstellt, sollte über	<b>Zu „Bronchialtoilette (Bronchiallavage)“:</b> Siehe Nr. 98.  <b>Zu „Absaugen der oberen Luftwege“:</b> Die Ausführung dieser Leistung obliegt entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften mit einschlägiger Berufserfahrung. Aufgrund dieser Qualifikation ist die Pflegefachkraft in der	siehe Nr. 98

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Frequenz und Dauer eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft entscheiden dürfen. Bei dieser Art der Leistungserbringung folgt die Bundesärztekammer der Auffassung von DKG, GKV-SV und PatV.</p>	<p>Lage, situationsgerecht zu handeln und die Dauer und Häufigkeit einzuschätzen.</p>	
103.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:</p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen im Bereich Absaugen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV, GKSV, DKG an.</p>	<p>Da bei dieser Leistung eine sehr individuelle und z.T. auch spontane Leistungserbringung erforderlich ist, sollten entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung über Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen entscheiden dürfen. Den Argumenten des KBV, dass es sich bei einer Bronchialtoilette um einen Risikofaktor für einen beatmungsassoziierte Pneumonie handle und Häufigkeit und Dauer der Maßnahme seitens des Arztes/der Ärztin je nach Indikation und Entwicklung des Gesundheitszustandes individuell abzuwägen seien, können wir in diesem Zusammenhang nicht folgen. Zum einen sollte ein evtl. erhöhtes Infektionsrisiko bei unsachgemäßer Durchführung (hier: beatmungsassoziierte Pneumonien) nicht per se gegen eine Verordnung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sprechen. Zum anderen verweisen wir auf unsere</p>	siehe Nr. 98	siehe Nr. 98

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>		
104.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen der oberen Atemwege</p>	<p>Der DHPV würde hier differenzieren. Hinsichtlich des Absaugens der oberen Luftwege stimmen wir der PatV/GKV-SV/DKG zu (Festlegung kann durch die Pflegefachkraft erfolgen), weil die Pflegefachkraft akut auf die jeweilige Situation reagieren muss. Hinsichtlich der Bronchialtoilette (Bronchiallavage) stimmen wir der KBV zu (Festlegung sollte nicht durch die Pflegefachkraft erfolgen), weil es ein therapeutischer Eingriff ist und die Verantwortung beim Arzt/der Ärztin verbleiben sollte.</p>	<p>siehe Nr. 98, Nr. 102 Kenntnisnahme. Im Beschlussentwurf erfolgt differenziertere Darstellung.</p>	<p>siehe Nr. 98,</p>
105.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:  Absaugen der oberen Luftwege  Bronchialtoilette (Bronchiallavage)  Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV, GKV-SV und DKG an und befürworten eine Festlegung der Dauer und der</p>	<p>Die Leistungen erfolgen aufgrund der Indikation im Sinne der HKP-RL in der Regel situationsgerecht bei Bedarf. Ein konkreter Zeitpunkt oder die Häufigkeit pro Tag kann von ärztlicher Seite bei dieser Patientengruppe in der häuslichen Versorgung regelhaft nicht genau im Voraus bestimmt werden. Die Leistungserbringung erfolgt nach Bedarf und kann ggf. unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden z. B. bei Verlegung der Atemwege durch Trachealsekret.</p>	<p>siehe Nr. 98, Nr. 102</p>	<p>siehe Nr. 98,</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Häufigkeit durch die Pflegefachkraft.		
106.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen, Bronchialtoilette: Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV, GKV-SV und DKG an, eine Festlegung der Dauer und der Häufigkeit durch Pflegefachkraft ist möglich.</p>	<p>Die Leistungen erfolgen aufgrund der Indikation im Sinne der HKP-RL in der Regel situationsgerecht bei Bedarf. Ein konkreter Zeitpunkt oder die Häufigkeit pro Tag kann von ärztlicher Seite bei dieser Patientengruppe in der häuslichen Versorgung regelhaft nicht genau im Voraus bestimmt werden. Die Leistungserbringung erfolgt nach Bedarf und kann ggf. unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden.</p>	<p>siehe Nr. 98, Nr. 102</p> <p>siehe Nr. 98,</p>
107.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen: <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	<p>Das Absaugen der oberen Atemwege ist fachpflegerische Vorbehaltsaufgabe und durch diese zu verordnen. Tiefes Absaugen jedoch, „Bronchialtoilette“, ist primäre Aufgabe des Arztes / der Ärztin, Pflegefachkraft kann jedoch Häufigkeit und Dauer in Absprache mit dem Arzt / der Ärztin mitbestimmen.</p>	<p>siehe Nr. 98, Nr. 102</p> <p>siehe Nr. 98</p>
108.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:</p>	<p>Absaugen der oberen Atemwege ist Vorbehaltsaufgabe der Pflege und ist durch die Fachpflege zu verordnen.</p>	<p>siehe Nr. 98, Nr. 102</p> <p>siehe Nr. 98</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Tiefes Absaugen jedoch, umgangssprachlich „Bronchialtoilette“ genannt, ist primäre Aufgabe des Arztes / der Ärztin, Pflege kann jedoch Häufigkeit und Dauer mitbestimmen in Absprache mit dem Arzt / der Ärztin.</p> <p>Auf jeden Fall muss die Pflegefachkraft Dauer und Häufigkeit der Maßnahme festlegen können und die DGP schließt sich dem Vorschlag von PatV, GKV-SV und DKG an.</p>			
109.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	<p>Zu <b>Nr. 6</b> Absaugen:</p> <p>[...] PatV/GKV-SV/DKG: Da bei dieser Leistung eine individuell sehr unterschiedliche und spontane Leistungserbringung [...] vor Ort dies entscheiden dürfen.“:</p> <p><b>+BPfK: Es gehört zu den Aufgaben von Pflegefachkräften, Pneumonieprophylaxe durchzuführen sowie in diesem Bereich zu beraten, wenn Risikofaktoren dazu vorliegen.</b></p>	Siehe linke Spalte.	siehe Nr. 98, Nr. 102	
110.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu <b>Nr. 8</b> , Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes:	Die/der behandelnde Ärztin/Arzt legt zwar die Rahmenbedingungen fest. Bei den beatmeten Patientinnen/Patienten vor Ort steht jedoch, anders als auf	<p><b>PatV:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Dauer</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Wir stimmen dem Vorschlag der PatV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist.	den Intensivstationen der Krankenhäuser, keine Ärztin/kein Arzt zur Verfügung. Es ist daher schon jetzt übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte ggf. zusammen mit den Patientinnen/Patienten die konkreten Parameter im Rahmen der ärztlichen Verordnung situativ anpassen. Die Überprüfung der Einstellung und Funktion der Geräte und der Austausch bestimmter Teile erfolgt nach Herstellerangaben gemäß MPG und liegt im Kompetenzbereich der Pflegefachkräfte.	und Häufigkeit der Versorgung hängt mit dem Krankheitsbild zusammen sowie möglichen Kontext-Faktoren, die eine Entwöhnung ermöglichen können. Dies ist eine ärztliche Einschätzung.	
111.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung:  PatV: ja GKV-SV/KBV/DKG: nein	Das DRK unterstützt die Position der PatV.  Die Pflegefachkraft benötigt dazu allerdings eine intensivpflegerische Qualifikation.	Siehe Nr. 110	Keine Änderung
112.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung:	Der bpa teilt die Auffassung der PatV. Bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts ist die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung in Bedienung und Überwachung eingewiesen. Aufgrund der Nähe zum Patienten und	Siehe Nr. 110	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der Kenntnis der individuellen Versorgungssituation sollte dies in die Kompetenz der Pflege übergehen.</p>		
113.	Bundesärztekammer (BÄK)	<p>Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</p>	<p>Die Rahmenbedingungen zu der unter Nr. 8 aufgeführten Leistungsbeschreibung (Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung) können nur durch eine Ärztin oder einen Arzt festgelegt werden. Pflegefachkräfte dürfen bei Änderungen der Beatmungsgeräteeinstellung, des Zubehörs sowie des Beatmungszugangs nur auf ärztliche Anordnung hin tätig werden. Insofern folgt die Bundesärztekammer der Einschätzung von KBV; DKG und GKV-SV.</p>	<p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme</p>	Keine Änderung
114.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen der PatV an.</p>	<p>Aufgrund der genauen Kenntnis der individuellen Versorgungssituation sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte in der Lage, ggf. auch in Abstimmung mit dem Patienten/der Patientin oder deren Vertreter_innen die Häufigkeit und Dauer der Leistungen in diesem Bereich festzulegen. Wir gehen im Weiteren davon aus, dass bei beatmungspflichtigen Patient_innen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege Pflegefachkräfte eingesetzt wer-</p>	Siehe Nr. 110	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>den, die über entsprechende Fachkenntnisse verfügen, um die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes einschätzen zu können. Wenn eine darüberhinausgehende engmaschige Einbeziehung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin erforderlich ist, so kann dies entsprechend festgelegt werden.</p>		
115.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	Die Festlegung sollte nicht durch die Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt hier der Auffassung der GKV/KBV/DKG zu und verweist auf die dortige Begründung.	<p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Zustimmung Kenntnisnahme</p>	Keine Änderung
116.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät Bedienung und Überwachung</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV an. Wir befürworten eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft.</p>	Auch hier gilt wie bei allen im Kontext von § 37 Absatz 8 SGB V diskutierten Leistungen: Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erfolgt grundsätzlich innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens. Die Pflegefachkraft entscheidet also nicht, <i>ob</i> eine Leistung verordnet	Siehe Nr. 110	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>wird, sondern kann bei ausgewählten Leistungen lediglich die die Häufigkeit und Dauer Maßnahmen festlegen.</p> <p>Die Pflegefachkraft führt auch diese Tätigkeit heute schon selbstständig durch und passt Parameter situativ an. Es gibt entsprechende Einweisungen die nach Medizinprodukte-Betreiberverordnung verpflichtend sind. Die Überprüfung der Einstellung und Funktion der Geräte und der Austausch bestimmter Teile erfolgt nach Herstellerangaben gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung und liegt im Kompetenzbereich der Pflegefachkräfte.</p> <p>Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass bei beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten Pflegefachkräfte eingesetzt werden, die über entsprechende Fachkenntnisse verfügen, um die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes einschätzen zu können.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
117.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu <b>Nr. 8</b> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes</p> <p>Der Paritätische schließt sich dem Vorschlag der PatV an, nach dem eine Festlegung der Dauer und der Häufigkeit durch eine Pflegefachkraft möglich ist.</p>	<p>Der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin stellt die Verordnung aus. Die Pflegefachkraft führt auch diese Tätigkeit heute schon selbstständig durch und passt Parameter situativ an. Es gibt entsprechende Einweisungen die nach Medizinprodukte -Betreiberverordnung verpflichtend sind. Die Überprüfung der Einstellung und Funktion der Geräte und der Austausch bestimmter Teile erfolgt nach Herstellerangaben gemäß MPG und liegt im Kompetenzbereich der Pflegefachkräfte.</p>	Siehe Nr. 110	Keine Änderung
118.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</p> <p><i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	<p>Die hierzu qualifizierte Pflegefachkraft ist bei der Kontrolle der Beatmung – Anpassung und Überprüfung der maschinellen Beatmung durchführende Kraft und muss aufgrund ihrer Handlungskompetenz zeitnah Entscheidungen treffen. Dies ist eine fachpflegerische Aufgabe/Vorbehaltsaufgabe (mit Zusatzqualifikation).</p>	Siehe Nr. 110	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Das Festlegen der Beatmungsparameter sowie die Grundeinstellungen der Beatmung sind ärztliche Vorbehaltsaufgabe.</p> <p>Ansonsten schließt sich die BAG-SAPV den Ausführungen der PatV an, Dauer und Häufigkeit der Maßnahme muss durch die Pflegefachkraft festzulegen sein.</p>		
119.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 8</b> Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung:	<p>Die Pflegefachkraft ist die durchführende Kraft bei der Kontrolle der Beatmung – Anpassung und Überprüfung der maschinellen Beatmung ist eine Vorbehaltsaufgabe der Pflege (mit Zusatzqualifikation).</p> <p>Das Festlegen der Beatmungsparameter sowie die Grundeinstellungen der Beatmung sind reine Aufgabe des Arztes / der Ärztin.</p> <p>Ansonsten schließt sich die DGP dem Votum der PatV an, Dauer und Häufigkeit der Maßnahme muss durch die Pflegefachkraft festzulegen sein</p>	Siehe Nr. 110	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
120.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 9</b> Blasenspülung	[Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75] Positionsnummer mit „ja“ kennzeichnen]	Kenntnisnahme	Keine Änderung
121.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 9</b> Blasenspülung <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i>	Es obliegt den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkraft, Blasenspülungen (z.B. mit NaCl) eigenständig einzuschätzen und durchzuführen, allerdings ist es reine Ärztliche Aufgabe darüber hinaus spezifische medikamentöse Maßnahmen anzuordnen.	Hier ist der ärztliche Behandlungsplan maßgebend.	Keine Änderung
122.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 10</b> Blutdruckmessung	Das DRK hält diese Leistung für einbeziehbar in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung
123.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 10</b> Blutdruckmessung	[Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75] Positionsnummer mit „ja“ kennzeichnen]	Kenntnisnahme.	Keine Änderung
124.	APH Bundesverband e.V.	Zu <b>Nr. 11</b> (Blutzuckermessung): Ergänzung um eine Spontaneinschätzung durch die Pflegefachkraft	Es kommt in der Praxis auch bei Patienten mit relativ stabilen Blutzuckerwerten und dementsprechend grobmaschig oder gar nicht verordneten regelmäßigen Blutzuckerkontrollen immer wieder vor, dass auf Grund des aktuellen Zustandes des Patienten eine au-	Kenntnisnahme. Diese Maßnahme ist Bestandteil des ärztlichen Therapieplans. Die außerplanmäßige Kontrolle des Blutzuckerwertes ist nicht Ge-	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			ßerplanmäßige Kontrolle des Blutzuckerwertes, insbesondere auch vor einer geplanten Insulin-Gabe, angezeigt ist; zumindest diese Einschätzung sollte der Pflegefachkraft ermöglicht werden.	genstand der regulären Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahme.	
125.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 11</b> Blutzuckermessung	Das DRK hält diese Leistung für einbeziehbar in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung
126.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 11</b> Blutzuckermessung	[Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75] Positionsnummer mit „ja“ kennzeichnen]	Kenntnisnahme.	Keine Änderung
127.	Deutscher Caritasverband e.V.	Zu <b>Nr. 11</b> Blutzuckermessung	Aufgrund der genauen Kenntnis der individuellen Besonderheiten sowie der Lebenssituation der von ihnen versorgten Patient_innen sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte in der Lage, Häufigkeit und Dauer der Blutzuckermessung festzulegen. Pflegefachkräfte kennen die Blutzuckerwerte der von ihnen versorgten Patient_innen über einen längeren Zeitraum und sind so z.B. auch über BZ-Schwankungen informiert, aus denen nicht zwingend eine Veränderung Medikation resul-	Siehe Nr. 124	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			tiert, die aber dennoch eine längerfristige und engmaschigere begleitende Kontrolle erforderlich machen können.	
128.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	Zu <b>Nr. 11</b> : Blutzuckermessung <b>+BPfK: ja</b>	Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann, im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie.	Kenntnisnahme.  Keine Änderung
129.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 11a</b> Interstitielle Glukosemessung	[Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75] Positionsnummer mit „ja“ kennzeichnen]	Kenntnisnahme.  Keine Änderung
130.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu <b>Nr. 12</b> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung:	Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege. Einschätzung und die Verordnung von Maßnahmen obliegt daher der Pflegefachkraft ebenso die Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Zustimmende Kenntnisnahme.
131.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 12</b> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung:	Dekubituseinschätzung und Prävention ist Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege und muss durch die diese eingeschätzt und Maßnahmen verordnet werden.  Dauer und Häufigkeit der Maßnahme muss durch die Pflegefachkraft festzulegen sein.	Zustimmende Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
132.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 13</b> Versorgung und Überprüfung von Drainagen:</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und DKG zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist.</p>	<p>Aufgrund der Anwesenheit vor Ort müssen die Mitarbeitenden der Pflegedienste auch jetzt schon die Lage, den Sekretfluss und den Wechselbedarf der Sekretbehälter beurteilen. Zudem handelt es sich nicht regelhaft um Wunddrainagen, sondern zunehmend auch um Entlastungsdrainagen bei Tumorerkrankungen.</p>	<p><b>PatV, GKV-SV, DKG, KBV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme.</p>	<p><b>KBV:</b> <b>Änderung:</b> Die Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“, Leistungsverzeichnis Nr. 13 wird die Angabe „nein“ durch „ja“ ersetzt.</p>
133.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	<p>Zu <b>Nr. 13.</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:</p> <p>GKV/PatV/DKG: ja KBV: nein</p>	<p>Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV/DKG.</p>	<p>Siehe Nr. 132</p>	<p>Siehe Nr. 132</p>
134.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu <b>Nr. 13.</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:</p>	<p>Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]</p> <p>Der bpa unterstützt die Position von GKV-SV / PatV und DKG. Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft und fallen somit in ihre Kompetenz.</p>	<p>Siehe Nr. 132</p>	<p>Siehe Nr. 132</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
135.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu <b>Nr. 13.</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:	Bei der Nr. 13 (Drainagen, Überprüfen, Versorgen) hat die Festlegung der Frequenz und Dauer durch die Ärztin oder den Arzt zu erfolgen. Die Bundesärztekammer unterstützt die Auffassung der KBV.	<b>PatV, GKV-SV, DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme.	Siehe Nr. 132
136.	Deutscher Caritasverband e.V.	Zu <b>Nr. 13.</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:  Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen bei der Überprüfung und Versorgung von Drainagen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV, GKV-SV, DKG an.	Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sind u.a. durch die tägliche Nähe zum Patienten/zur Patientin in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen bei der Versorgung und Überprüfung von Drainagen nach individuellen Parametern einzuschätzen. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Drainagen im onkologischen Bereich durchaus eine lange Liegedauer haben können, ohne dass sich größere Anpassung hinsichtlich der Überprüfung und Versorgung im Versorgungsverlauf ergeben (z.B. Aszites-Drainagen bei Tumorerkrankungen des Bauchfells).  Wir verweisen zudem auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.		
137.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	Zu <b>Nr. 13.</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:	Die Festlegung könnte durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt hier der GKV/PatV/DKG zu, da nicht in die Behandlung eingegriffen wird.	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132
138.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	Zu <b>Nr. 13</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen  Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und DKG zu und befürworten eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft	Aufgrund der Anwesenheit vor Ort müssen die Pflegefachkräfte der Pflegedienste auch jetzt schon die Lage, den Sekretfluss und den Wechselbedarf der Sekretbehälter beurteilen. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Drainagen im onkologischen Bereich durchaus eine lange Liegedauer haben können, ohne dass sich größere Anpassung hinsichtlich der Überprüfung und Versorgung im Versorgungsverlauf ergeben. Hierbei handelt es sich zunehmend auch um sogenannten Entlastungsdrainagen und „Dauerdrainagen“.	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
139.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Zu <b>Nr. 13</b> Versorgung und Überprüfung von Drainagen Der Paritätische schließt sich dem Vorschlag von GKV, PatV und DKG an.	Aufgrund der Anwesenheit vor Ort müssen Pflegefachkräfte der Pflegedienste auch jetzt schon die Lage, den Sekretfluss und den Wechselbedarf der Sekretbehälter beurteilen. Zudem handelt es sich nicht regelmäßig um Wunddrainagen, sondern zunehmend auch um Entlastungsdrainagen insbesondere bei onkologischen Erkrankungen.	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132
140.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu <b>Nr. 13</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:	Die BAG-SAPV schließt sich die Ausführungen von GKV-SV und der DKG an	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132
141.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 13</b> Drainagen, Überprüfen, Versorgen:	Die DGP schließt sich dem Votum von GKV-SV und der DGK an	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132
142.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	Zu <b>Nr. 13</b> . Drainagen, Überprüfen, Versorgen [...] GKV-SV/PatV/DKG:  Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung [...] vor Ort über die	BPfK vertritt gleiche Position.	Siehe Nr. 132	Siehe Nr. 132

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Häufigkeit und ggf. über die Dauer entscheiden“:  <b>+BPfK: ja</b>			
143.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Zu <b>Nr. 14</b> Einlauf/Klistier, Klyasma, digitale Enddarmausleerung  Wir beantragen die Streichung von „einmalige Leistung“ bei der digitalen Enddarmausleerung	Die digitale Enddarmausleerung ist insbesondere bei neurogenen Darmfunktionsstörungen, z.B. bei Querschnittlähmung, ALS, fester Bestandteil des sog. Darmmanagements. Eine einmalige Verordnungsmöglichkeit ist daher nicht ausreichend.	Kenntnisnahme	Keine Änderung
144.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 14</b> Einlauf/Klistier, Klyasma, digitale Enddarmausleerung: Obstipationsprävention und Behandlung einer Obstipation sowie Stuhlkontrolle und Ausfuhrüberwachung ist eine Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege und muss durch diese verordnen werden		Zustimmende Kenntnisnahme	
145.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 15.</b> Flüssigkeitsbilanzierung: Positionsnummer mit „ja“ kennzeichnen]	[Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]	Kenntnisnahme, siehe Nr. 147	Keine Änderung
146.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu <b>Nr. 15.</b> Flüssigkeitsbilanzierung: Flüssigkeitsbilanzierung sind Teil der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege		Kenntnisnahme, siehe Nr. 147	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
147.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p>Zu <b>Nr. 15.</b> Flüssigkeitsbilanzierung:                      Flüssigkeitsbilanzierung sind Verordnungshoheit der Pflege, da die Einfuhr- und Ausfuhrkontrolle sowie die Beobachtung der Haut (die Anzeichen auf z.B. Exsikkose geben kann) durch die Fachpflege vorgenommen wird. Die Pflege erkennt häufig als erste Probleme im Flüssigkeitshaushalt des Patienten.</p>		Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen einschließlich der Dauer und der Frequenz ist hier der ärztliche Behandlungsplan maßgebend, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.	Keine Änderung
148.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	<p>Zu <b>Nr. 18.</b> Injektionen“:                      +Insulin s.c.                      +BPfK: Ja</p>	<p>Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann.                      Therapieplan muss weiterhin Aufgabe des Arztes sein.</p>	Kenntnisnahme	Keine Änderung
149.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>Zu <b>Nr. 19.</b> Richten von Injektionen:                      Positionsnummer mit „ja“ kennzeichnen]</p>	[Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]	Kenntnisnahme	Keine Änderung
150.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 23</b> Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins                      Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft für die Leistung „Katheterisierung der Harnblase und intermittierende</p>	<p>Die/der behandelnde Ärztin/Arzt legt zwar die Rahmenbedingungen fest. Aufgrund der Anwesenheit vor Ort ist es jetzt schon übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte die Wechselintervalle den individuellen Bedarfen der Patientinnen/Patienten anpassen und die jeweiligen Herstellerangaben beachten.</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b>                      In der Anlage zur HKP-RL wird in der Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?“ die Angabe</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		transurethrale Einmalkatheterisierung“	Auch die Häufigkeit der intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung erfolgt bereits heute in gemeinsamer Absprache zwischen Pflegefachkräften und Betroffenen entsprechend der individuellen Situation und den Erfordernissen vor Ort.		„nein“ durch „ja“ ersetzt.
151.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 23</b> Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch bei der Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>	<p>Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sind u.a. durch die tägliche Nähe zum Patienten/zur Patientin in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen zur Katheterisierung der Harnblase einzuschätzen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf einen notwendigen Katheterwechsel in ggf. individuell zu bestimmenden Intervallen und individuell abzustimmende Häufigkeiten bei der transurethralen Dauerkatheterisierung. Wenn eine darüberhinausgehende engmaschige Einbeziehung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin erforderlich ist, so kann dies entsprechend festgelegt werden.</p> <p>Wir verweisen auch hier auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>	Siehe Nr. 150	Siehe Nr. 150

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
152.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 23</b> Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</p> <p>Unserer Auffassung nach kann auch bei der Leistung „Katheterisierung der Harnblase und Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung“ die Dauer und die Häufigkeit durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Auch hier gilt die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erfolgt grundsätzlich innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens. Die Pflegefachkraft entscheidet also nicht, ob eine Leistung verordnet wird, sondern kann bei ausgewählten Leistungen lediglich die Häufigkeit und Dauer Maßnahmen festlegen. Die Pflegefachkräfte legen die Wechselintervalle den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten entsprechend fest.</p> <p>Auch die Häufigkeit der Intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung erfolgt bereits heute in gemeinsamer Absprache zwischen den Pflegefachkräften und den Patienten entsprechend den individuellen Situationen und Erfordernissen vor Ort.</p>	Siehe Nr. 150	Siehe Nr. 150
153.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Zu <b>Nr. 23</b> Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	Der behandelnde Arzt / behandelnde Ärztin verordnet die Leistung. Es ist jetzt schon übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte die	Siehe Nr. 150	Siehe Nr. 150

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Nach Einschätzung des Paritätischen kann auch bei der Leistung „Katheterisierung der Harnblase und Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung“ die Dauer und die Häufigkeit durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.“</p>	<p>Wechselintervalle den individuellen Bedarf der Patient*innen festlegen. Auch die Häufigkeit der intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung erfolgt bereits heute in gemeinsamer Absprache zwischen Pflegefachkraft und Patient*in entsprechend den individuellen Situationen und Erfordernissen vor Ort.</p>		
154.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 24a</b> Symptomkontrolle</p> <p>Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft für die Leistung „Symptomkontrolle“.</p>	<p>Die Leistung Symptomkontrolle zielt darauf ab, dass die Patientin/der Patient situationsgerecht ihre/seine Unterstützung in Krisensituationen durch den Pflegedienst erhält. Oftmals verändert sich der Zustand der Patientin/des Patienten unvorhersehbar. Daher legt auch hier die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Rahmenbedingungen fest. Es ist schon jetzt übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte aufgrund der Anwesenheit vor Ort die Häufigkeit und den Umfang der notwendigen Leistungen in diesem Rahmen einschätzen und diese erbringen.</p>	<p>Bereits die Leistungsbeschreibung zu Nr. 24a sieht einen engen Austausch zwischen Arzt und Pflegedienst vor. Die Nr. 24a ist eine Komplexleistung, die alle Leistungen der Behandlungspflege bedarfsweise beinhalten kann. Somit hat die Pflegefachkraft bereits sehr viele Freiheiten bei der Festlegung von Häufigkeiten der jeweils erforderlichen Maßnahmen. Da aufgrund der meist instabilen Gesundheitssituation der betroffenen Versicherten die medizinischen Maßnahmen zur Symptomkontrolle häufig angepasst werden müssen</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				(Schmerzmedikation, Behandlung der Übelkeit, Umgang mit kardialen/pulmonalen Krisen, Wundbehandlung etc.), ist die Angabe der Häufigkeit der Maßnahmen für diese Leistungen durch den Arzt als Orientierung sinnvoll. Die Dauer einer Verordnung wurden durch den G-BA auf bis zu 14 Tage festgelegt, um eine regelmäßige Arzt-Patientenanbindung in der letzten Lebensphase zu gewährleisten.	
155.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	<p>Zu <b>Nr. 24a</b> Symptomkontrolle</p> <p>Hinsichtlich der Regelung zur Leistungsbeschreibung Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten) sehen wir diese als sachgerecht an und haben keine Änderungsvorschläge.</p>	Die Dauer und die Häufigkeit sollte vom Bedarf abhängig gemacht werden analog zu der Regelung in der SAPV. Eine Festlegung kann somit nicht einmalig vom Arzt/von der Ärztin erfolgen, sondern muss aufgrund des Symptommgeschehens fortlaufend angepasst werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Festlegung durch die Pflegefachkraft erfolgen unter der Voraussetzung, dass diese eine Palliative Care-Zusatzqualifikation hat. Liegt eine solche nicht vor, sollte es bei der Festlegung durch den Arzt/die Ärztin verbleiben.		Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
156.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 26:</b></p> <p>Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft für die Leistungen „Richten von ärztlich verordneten Medikamenten“ und „Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten“</p>	<p>Es ist gängige Praxis, dass Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz im Rahmen der Krankenbeobachtung den Hilfebedarf bei der Medikamenteneinnahme beurteilen. Ist die Medikamenteneinnahme durch die Patientin/den Patienten ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig möglich, informieren sie die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt und sprechen die Häufigkeit und Dauer der Verordnung mit ihm ab, damit die Einnahme der verordneten und oft lebensnotwendigen Medikamente sichergestellt ist.</p>	<p>Die Häufigkeit und Dauer der Medikamentengabe bei festgestelltem Bedarf dieser Leistung ist von der Art der verordneten Medikation bestimmt und obliegt daher der ärztlichen Therapieplanung. Eine Einschätzung des Bedarfs der Maßnahme kann im Rahmen der pflegerischen Krankenbeobachtung erfolgen, zur Verordnung der Maßnahme siehe Nr. 79.</p>	Keine Änderung
157.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 26</b> Ärztlich verordneten Medikamenten	Das DRK hält diese Leistung für einbeziehbar in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V.	Siehe Nr. 156	Keine Änderung
158.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 26</b> Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</p> <p><b>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten</b></p>	Durch ihre Nähe zum Patienten/zur Patientin können Pflegekräfte sehr gut einschätzen, ob und inwiefern Patient_innen Unterstützung beim Richten und bei der Einnahme von Medikamenten benötigen.	Siehe Nr. 156	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><b>2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten</b></p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch beim Richten und Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten eine Bestimmung der Häufigkeit und Dauer der Leistungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			Wir verweisen im Weiteren auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.		
159.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 26</b> Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten</li> <li>2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten</li> </ol> <p>Unserer Auffassung nach kann auch die Dauer und Häufigkeit des Richtens von ärztlich verordneten Medikamenten und der Verabreichung/Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Im Rahmen der Krankenbeobachtung beurteilen die Pflegefachkräfte auch den Unterstützungsbedarf bei der Medikamenteneinnahme. Ist die Medikamenteneinnahme durch den Patienten ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig möglich, informieren sie den behandelnden Arzt und sprechen die Häufigkeit und Dauer der Verordnung mit ihm ab, damit die Einnahme der verordneten und oft lebensnotwendigen Medikamente sichergestellt ist.</p> <p>Unserer Auffassung nach sollte es im Hinblick auf das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten und die Häufigkeit und Dauer der Medikamentengabe einen größeren Entscheidungsspielraum für die Pflegefachkräfte geben, da sich auch der Grad der Selbständigkeit bei ärztlich verordneten Medikamenten ändern kann. Je nach Situation des Patienten kann ein mehr-</p>	Siehe Nr. 156	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>mals tägliches Richten der Medikamente und auch das Verabreichen der Medikamente angebracht sein oder auch das Richten einer Wochenbox ausreichend sein. So kann z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt das tägliche Richten angesagt sein und wenn der Patient sich zuhause eingelebt hat, auch später das Richten der Wochenbox ausreichend sein. Andererseits sind es in der Regel auch die Pflegefachkräfte, die der Verordnerin oder dem Verordner mitteilen, wenn Patientinnen und Patienten die Medikamente nicht korrekt einnehmen und statt wöchentlicher Medikamentenbox auf tägliche Medikamentengabe übergegangen werden sollte, da der Grad der Selbständigkeit beim Umgang mit ärztlich verordneten Medikamenten abnimmt.</p>		
160.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu <b>Nr. 26</b> Medikamente Nach Paritätischer Auffassung kann auch die Dauer und Häufigkeit des Richtens von ärztlich verordneten Medikamenten und der Verabreichung/Abgabe</p>	<p>Im Rahmen der Krankenbeobachtung beurteilen die Pflegefachkräfte auch den Unterstützungsbedarf bei der Medikamenteneinnahme. Ist die Medikamenteneinnahme durch den Patienten / die Patientin ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig möglich informie-</p>	Siehe Nr. 156	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>von ärztlich verordneten Medikamenten durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>ren sie den behandelnden Arzt/ behandelnde Ärztin und sprechen die Häufigkeit und Dauer der Verordnung mit ihm / ihr ab, damit die Einnahme der verordneten und oft lebensnotwendigen Medikamente sichergestellt ist.</p> <p>Unserer Auffassung nach sollte es im Hinblick auf das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten und die Häufigkeit und Dauer der Medikamentengabe einen größeren Entscheidungsspielraum für die Pflegefachkräfte geben. Je nach Situation des Patienten / der Patientin kann ein mehrmals tägliches Richten der Medikamente und auch das Verabreichen der Medikamente angebracht sein oder auch das Richten einer Wochenbox ausreichend sein. So kann z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt das tägliche Richten angesagt sein und wenn der Patient sich zuhause eingelebt hat, auch später das Richten der Wochenbox ausreichend sein. Andererseits sind es in der Regel auch die Pflegefachkräfte, die der Ver-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ordnerin oder dem Verordner mitteilen, wenn Patientinnen und Patienten die Medikamente nicht korrekt einnehmen und statt wöchentlicher Medikamentenbox auf tägliche Medikamentengabe übergegangen werden sollte.</p>		
161.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	<p>Zu <b>Nr. 26.</b> Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen):            1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume            2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume, [...]“:  <b>+BPfK: Ja</b></p>	<p>Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann.            Therapieplan muss weiterhin Aufgabe des Arztes sein.</p>	Siehe Nr. 156	Keine Änderung
162.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 27a:</b>            Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer</p>	<p>Aufgrund der spezifischen Fachkompetenz psychiatrischer Pflegedienste, kön-</p>	<p>pHKP ist bei Indikationen verordnungsfähig, wenn eine oder mehrere Beeinträchtigungen der</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>durch entsprechend fachspezifisch weitergebildete Pflegefachkräfte für die Leistung „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“.</p>	<p>nen diese den Bedarf adäquat einschätzen und die Häufigkeit und Dauer planen und festlegen.</p>	<p>Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden. Dabei gilt bei den in der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses zu Nr. 27a genannten Diagnosen (Regelindikation) ein Orientierungswert im Rahmen der GAF-Skala von 40 (höchstens ≤ 50). Die pHKP soll die ärztliche Behandlung unterstützen. Aufgrund der Schwere der Erkrankungen und der Tatsache, dass eine pHKP nur sinnvoll ist, wenn diese einhergeht mit einer ärztlichen Behandlung, erfolgt die Festlegung der Dauer einer pHKP durch den Arzt. Dabei ist der ärztliche Behandlungsplan zugrunde zu legen.</p>	
163.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 28.</b> Stomabehandlung:  Wir stimmen dem Vorschlag von PatV, GKV-SV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und</p>	<p>Es ist gängige Praxis, dass Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz im Rahmen der Krankenbeobachtung und der Anwesenheit vor Ort die Wundsituation beurteilen und der/dem behandelnden Ärztin/Arzt</p>	<p><b>PatV, GKV-SV:</b> Zustimmungse Kenntnisnahme.  <b>KBV, DKG:</b> nur bei spezialisierter Weiterbildung zur Pflegeexpertin</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Dauer für die Leistung „Stomabehandlung“ durch die Pflegefachkraft möglich ist.</p>	<p>aufgrund ihrer Erfahrung und Fachkenntnisse entsprechende Vorschläge zur Behandlung unterbreiten.</p>	<p>bzw. zum Pflegeexperten für Stoma- und Wundpflege. Liegt diese nicht vor: Die Rahmenbedingungen legt die Ärztin oder der Arzt fest. Die Versorgung einer akuten entzündlichen Veränderung eines Stomas bedarf einer engmaschigen Einbeziehung und Steuerung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Komplikationen wie bspw. aufsteigende Infektionen in Nieren, Retroperitonealraum und Bauchhöhle oder das Ausreißen von Stomata aus dem Hautniveau können erhebliche Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten haben (Sepsis, wiederholte Operation zu Neuanlage des Stomas, Hinauszögern oder Verhinderung einer Rückverlegung eines Stomas) und die Lebensqualität in der Folge dauerhaft und maßgeblich einschränken. Die Steuerung einer Wundbehandlung ist daher von der Indikation und der</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt individuell eingeschätzt werden. Daher muss die Häufigkeit und Dauer durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin festgelegt werden.	
164.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 28.</b> Stomabehandlung:  PatV/GKV-SV: ja KBV/DKG: nein	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV.	Siehe Nr. 163	Keine Änderung
165.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 28.</b> Stomabehandlung:	Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]  Der bpa schließt sich dem GKV-SV und der PatV an.  Die Prinzipien der allgemeinen Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung von Wunden bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt nach den entsprechenden pflegefachlichen Standards.	Siehe Nr. 163	Keine Änderung
166.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu <b>Nr. 28.</b> Stomabehandlung:	Bei der unter Nr. 28 aufgeführten Stomabehandlung kann die Einschätzung zur Häufigkeit und Dauer nur durch eine	Siehe Nr. 163	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Pflegeexpertin bzw. einen Pflegeexperten mit spezialisierter Weiterbildung zur für Stoma- und Wundpflege erfolgen. Die für eine umfassende und wissenschaftlich basierte Stomabehandlung notwendigen Kompetenzen werden gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) im Hinblick auf die hier erforderlichen Anforderungen nicht ausreichend vermittelt. Liegt daher diese Qualifikation nicht vor, werden die Rahmenbedingungen durch eine Ärztin oder einen Arzt festgelegt.</p>		
167.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 28.</b> Stomabehandlung:</p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen zur Stomabehandlung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV und GKV-SV vollumfänglich an.</p>	<p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer einer Stomabehandlung unter Berücksichtigung der individuellen Erfordernisse und der Lebenssituation der Patientin/des Patienten einzuschätzen.</p> <p>Wir sehen bei der Stomabehandlung zudem keinen grundlegenden Unterschied zur Leistung Nr. 30, Pflege des</p>	Siehe Nr. 163	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>zentralen Venenkatheters bzw. Nr. 27, Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG). Wenn bei diesen Leistungen die Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft befürwortet wird, dann sollte dies – mit vergleichbaren Argumenten – auch für die Stomabehandlung möglich sein.</p> <p>Bei Wundheilungsstörungen/akuten Veränderungen, aus denen sich möglicherweise eine Änderung der Dauer oder der Frequenz der Stomabehandlung ergeben könnte, wäre ohnedies eine zeitnahe Information des Arztes/der Ärztin erforderlich. Dementsprechend könnte dann die Verordnung angepasst werden.</p> <p>Wir verweisen im Weiteren auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>		
168.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	Zu <b>Nr. 28.</b> Stomabehandlung:	Die Festlegung kann durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt der PatV/GKV zu und verweist insofern auf die dortige Begründung.	Siehe Nr. 163	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
169.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 28</b> Stomabehandlung</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV und PatV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.</p>	Siehe Nr. 163	Keine Änderung
170.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu <b>Nr. 28</b> Stomabehandlung</p> <p>Der Paritätische stimmt der Einschätzung von PatV und GKV-SV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist ab-</p>	Siehe Nr. 163	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			hängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachteten Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet und beurteilt werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.		
171.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu <b>Nr. 28</b> Stomabehandlung  Die BAG-SAPV schließt sich den Ausführungen PatV, und GKV-SV an	Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit festlegen können	Siehe Nr. 163	Keine Änderung
172.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 28</b> Stomabehandlung:	Die DGP schließt sich dem Votum von PatV, und GKV-SV an.  Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit festlegen können	Siehe Nr. 163	Keine Änderung
173.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	Zu <b>Nr. 28</b> Stomabehandlung:	BPfK vertritt gleiche Position.	Siehe Nr. 163	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>[...]:GKV-SV/PatV: Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung [...] kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.</p> <p><b>+/BPfK</b></p>			
174.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von PatV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer für die Leistung „Wechsel und Pflege der Trachealkanüle“ durch die Pflegefachkraft möglich ist.</p>	<p>Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgt schon heute durch Pflegefachkräfte unter Beachtung der fachlichen und hygienischen Standards entsprechend der situativen Notwendigkeiten vor Ort, ggf. in Absprache mit den Betroffenen und ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Logopädie.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Inhalte dieser Leistung sind weitgehend durch den ärztlichen Behandlungsplan vorgegeben, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum besteht.</p>	Keine Änderung
175.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	<p>Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:</p> <p>GKV-SV/KBV/DKG: nein PatV: ja</p>	<p>Das DRK unterstützt die Position von PatV.</p>	Siehe Nr. 174	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
176.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:	Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]  Der bpa teilt die Einschätzung der PatV. Die Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung sind hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit ausreichend qualifiziert. Zudem arbeiten sie patientennah und kennen in der Regel die spezifische Versorgungssituation.	Siehe Nr. 174	Keine Änderung
177.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:	Die Einschätzung der Frequenz und Dauer des Wechsels und der Pflege der Trachealkanüle Nr. 29 kann nur durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgen. So befürwortet die Bundesärztekammer die Ansicht von KBV, DKG und GKV-SV.	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme	Keine Änderung
178.	Deutscher Caritasverband e.V.	Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:  Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen zum Wechsel und zur Pflege von Trachealkanülen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen der PatV an.	Aufgrund der genauen Kenntnis der individuellen Pflegesituation sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Leistungen in diese Bereich einzuschätzen und können dadurch z.B. auch individuell erforderliche Wechselintervalle adäquat berücksichtigen.	Siehe Nr. 174	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
179.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der	Die Festlegung sollte nicht durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt hier der GKV/KBV/DKG zu und verweist auf die dortige Begründung.	Siehe Nr. 177	Keine Änderung
180.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	Zu <b>Nr. 29</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der Wir stimmen dem Vorschlag von PatV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.	Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgt schon heute durch Pflegefachkräfte unter Beachtung der fachlichen und hygienischen Standards entsprechend der situativen Notwendigkeiten und vor Ort, in Absprache mit den Patienten und ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Logopädie. Die qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung ist hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit gut qualifiziert, weil sie nah am Patienten und der spezifischen Versorgungssituation ist. Situationsabhängig ist der Wechselbedarf schwankend, z. B. bei Atemwegsinfekten mit vermehrter Sekretbildung oder bei Beschädigung der Kanüle.	Siehe Nr. 174	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
181.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	<p>Zu <b>Nr. 29</b> Wechsel und Pflege der Trachealkanüle                      Der Paritätische unterstützt das Votum der PatV. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgt schon heute durch Pflegefachkräfte unter Beachtung der fachlichen und hygienischen Standards entsprechend der situativen Notwendigkeiten und vor Ort, ggf. in Absprache mit den Patient*innen und ggf. auch in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (z.B. Logopädie).</p> <p>Die qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung ist hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit gut qualifiziert. Situationsabhängig ist der Wechselbedarf schwankend, z.B. bei Atemwegsinfekten mit vermehrter Sekretbildung oder bei Beschädigung der Kanüle.</p>	Siehe Nr. 174	Keine Änderung
182.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	<p>Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:</p>	<p>Die BAG-SAPV unterstützt die Ausführungen der PatV.</p> <p>Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit festlegen können</p>	Siehe Nr. 174	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
183.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<p>Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der:</p>	<p>Die DGP unterstützt das Votum der PatV.</p> <p>Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit selber bestimmen können</p>	<p>Siehe Nr. 174</p> <p>Keine Änderung</p>
184.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	<p>Zu <b>Nr. 29.</b> Trachealkanüle, Wechsel und Pflege [...] PatV: In der Praxis ist [...] auch in Abstimmung mit der Logopädie.</p> <p><b>+/BPfK</b>  <b>+BPfK: Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann.</b></p>	<p>BPfK vertritt gleiche Position.</p>	<p>Siehe Nr. 174</p> <p>Keine Änderung</p>
185.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<p>Zu <b>Nr. 31 und 31 a</b> Wundversorgung</p> <p>Wir unterstützen das Votum von PatV, GKV-SV für die Leistung „Wundversorgung einer akuten Wunde“ und fordern die Ausweitung dieses Votums auch auf</p>	<p>Eine Pflegefachkraft verfügt über die Fachkompetenz, eine Wundbeurteilung durchzuführen und den Bedarf und die Häufigkeit eines Verbandswechsel festzulegen. Es ist schon heute gemäß QPR Frage 9.29 Aufgabe der Mitarbeitenden des Pflegedienstes, zu überprüfen, ob die von der Ärztin/vom</p>	<p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		die „Leistung Versorgung einer chronischen schwer heilenden Wunde“.	Arzt angeordnete Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der Pflegedienst muss zudem nachweisen, dass er die Ärztin bzw. den Arzt darüber informiert hat, dass die angeordnete Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.		
186.	APH Bundesverband e.V.	LV Nr. 31 (Wundversorgung einer akuten Wunde): ja.	Frequenz und Dauer der Wundversorgung richtet sich entscheidend nach dem individuellen Verlauf der Wundheilung, welcher in erster Linie nur durch die täglich oder nahezu täglich anwesende Pflegefachkraft beurteilt werden kann; insofern sollte diese auch für die Festlegung von Dauer und Frequenz der Wundversorgung zuständig sein.	<p><b>PatV, GKV-SV:</b> Zustimmungse Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Die Rahmenbedingungen legt die Ärztin oder der Arzt fest. Die Versorgung einer akuten Wunde bedarf einer engmaschigen Einbeziehung und Steuerung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt. Komplikation wie bspw. aufsteigende Infektionen und Wundheilungsstörungen können erhebliche Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten haben (Sepsis, Osteomyelitis, wiederholte Operationen zur Defektkorrektur oder</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
				Implantatwechsel). Die Steuerung einer Wundbehandlung ist daher von der Indikation und der Entwicklung des Gesundheitszustandes abhängig. Dies muss jeweils von der Ärztin oder dem Arzt individuell eingeschätzt werden. Daher muss die Häufigkeit und Dauer durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin festgelegt werden.	
187.	Deutsches Rotes Kreuz e.V.	Zu <b>Nr. 31.</b> Wundversorgung einer akuten Wunde:  PatV/GKV-SV: ja KBV/DKG: nein	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV.	Siehe Nr. 186	Keine Änderung
188.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Zu <b>Nr. 31.</b> Wundversorgung einer akuten Wunde:	Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]  Der bpa schließt sich GKV-SV und PatV an, die Pflegefachkräfte sind hierfür ausreichend qualifiziert und berufserfahren.	Siehe Nr. 186	Keine Änderung
189.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu <b>Nr. 31.</b> Wundversorgung einer akuten Wunde:	Siehe oben, lfd. Nr. 72, 73,75]  Dies betrifft zugleich Nr. 31 (Wundversorgung einer akuten Wunde). Die Bundesärztekammer stimmt der Auffassung der KBV und der DKG zu.	<b>PatV, GKV-SV:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV, DKG:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
190.	Deutscher Caritasverband e.V.	<p>Zu <b>Nr. 31.</b> Wundversorgung einer akuten Wunde:</p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen bei der Wundversorgung einer akuten Wunde durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV/GKSVV vollumfänglich an.</p>	<p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin und – damit verbunden – die Möglichkeit, den Wundheilungsverlauf vor Ort zu beobachten, sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Versorgung einer akuten Wunde festzulegen.</p> <p>Wir verweisen im Weiteren auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>	Siehe Nr. 186	Keine Änderung
191.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband	<p>Zu <b>Nr. 31.</b> Wundversorgung einer akuten Wunde:</p>	<p>Die Festlegung kann durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt der PatV/GKV unter der Voraussetzung zu, dass die entsprechenden Fachkenntnisse zur „Wundversorgung“ vorliegen.</p>	Siehe Nr. 186	Keine Änderung
192.	Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	<p>Zu <b>Nr. 31</b> Wundversorgung einer akuten Wunde</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV und PatV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind.</p>	Siehe Nr. 186	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.</p>		
193.	<p>Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.</p>	<p>Zu <b>Nr. 31</b> Wundversorgung einer akuten Wunde  Der Paritätische teilt die Einschätzung von GKV-SV und PatV.</p>	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachteten Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet und eingeschätzt werden.</p>	<p>Siehe Nr. 186</p>	<p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf	
			Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.		
194.	Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Zu <b>Nr. 31</b> Wundversorgung einer akuten Wunde <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i>	Die BAG-SAPV unterstützt die Ausführungen des GKV SV und der PatV.	Siehe Nr. 186	Keine Änderung
195.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 31</b> Wundversorgung einer akuten Wunde	Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege und durch diese zu verordnen. Ansonsten schließt sich die DGP dem GKV-SV und der PatV. an	Siehe Nr. 186	Keine Änderung
196.	Bundespflegekammer e.V. (BPfK)	Zu <b>Nr. 31</b> Wundversorgung einer akuten Wunde <i>[wörtliches Zitat der TG der Position von GKV-SV und PatV]</i>  <b>+/BPfK</b> <b>+ BPfK: Arzt muss informiert werden</b>	BPfK vertritt gleiche Position.	Siehe Nr. 186 Zu „Information der Verordnerin oder des Verordners“: siehe § 7 Absatz 4a	Keine Änderung
197.	Deutscher Caritasverband e.V.	Zu <b>Nr. 31a</b> Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	Die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde erfolgt immer in enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden	Die pflegerische Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ist eingebettet in eine ärztliche Behandlung und	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch bei der Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde die Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer der Leistungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>	<p>Arzt. Dennoch sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin, verbunden mit der Möglichkeit, den Wundheilungsverlauf vor Ort zu beobachten, sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde festzulegen. Gerade bei chronischen und schwer heilenden Wunden müssen nicht nur einzelne individuelle Faktoren, die die Wundheilung beeinflussen, in den Blick genommen werden, sondern die gesamte Lebenssituation der Patientin/des Patienten. Dies ist aus unserer Sicht vor allem im Rahmen der täglichen Versorgung sowie der allgemeinen Krankenbeobachtung möglich.</p>	<p>Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans. Daher die Festlegung von Dauer und Häufigkeit durch Arzt erforderlich.</p>	
198.	<p>Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.</p>	<p>Zu <b>Nr. 31a</b> Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</p> <p>Unserer Auffassung nach kann auch die Dauer und die Häufigkeit der Versorgung einer chronischen oder schwerheilenden</p>	<p>Wie bereits zu Nummer 31 ausgeführt, sind die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde erfolgt immer in enger Abstimmung</p>	<p>Siehe Nr. 197</p>	<p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
		Wunde durch eine Pflegefachkraft bestimmt werden.	mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt. Dennoch sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin, verbunden mit der Möglichkeit, den Wundheilungsverlauf vor Ort zu beobachten, sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde festzulegen.		
199.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Zu <b>Nr. 31 a</b> Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde  Der Paritätische ist der Auffassung, dass auch die Häufigkeit und die Dauer der Versorgung einer chronischen oder schwer heilenden Wunde durch eine Pflegefachkraft bestimmt werden kann.	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Bereits die derzeit gültigen Qualitätsprüfungs- Richtlinien ambulante Pflegedienste legen einen Fokus auf die Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde bei der Stichprobenziehung. Außerdem beziehen sich die Fragestellungen 9.28 bis 9.31 auf die Versorgung von chronischen	Siehe Nr. 197	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Wunden. Im Kriterium 9.29 wird geprüft, ob die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens basieren. Dabei ist vom Prüfdienst zu überprüfen, ob die Behandlung der chronischen Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt <u>und</u> dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Dabei muss der Pflegedienst ggf. nachweisen, dass er die Ärztin bzw. den Arzt darüber informiert hat, dass die angeordnete Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.</p>		
200.	<p>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</p>	<p>Zu <b>Nr. 31 a</b> Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde <i>[wörtliches Zitat des Beschlussentwurfes ohne Änderung]</i></p>	<p>Wundversorgung sollte zu den Substitutionsaufgaben/ der Fachpflege zählen. Maßnahme und Materialien zur Wundversorgung sollten in deren Verordnungsverantwortung liegen. Die Pflegefachkraft vor Ort</p>	<p>Siehe Nr. 197</p>	<p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung		Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>verfügt in der Regel über die entsprechenden Fach- und Handlungskompetenzen. Bei weiterer Entscheidung zu einer ärztlichen „Delegationsaufgabe“ muss Pflegefachkraft Dauer und Häufigkeit bestimmen, denn sie hat den Blick auf den Bedarf und die Umgebung des Patienten.</p>		
201.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Zu <b>Nr. 31 a</b> Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	<p>Wundversorgung sollte zu den Substitutionsaufgaben der speziell dafür ausgebildeten Fachpflege zählen und durch diese zu verordnen sein. Die Pflege hat in der Ausbildung und im Studium spezielle Unterrichtseinheiten zur Wundversorgung, die nicht das Medizinstudium beinhaltet. Die Pflegefachkraft ist somit besser und umfangreicher ausgebildet und im Expertenstandard Chronische Wunden ist der Aufgabenbereich im speziellen definiert. Dies ist verpflichtend für jede Pflegefachkraft danach zu arbeiten und sich in der Thematik weiterzubilden, was letztlich dazu</p>	Siehe Nr. 197	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		führt, eine Pflegefachkraft in die Verantwortung dafür zu nehmen. Zudem muss die Pflegefachkraft Dauer und Häufigkeit bestimmen, denn sie hat den Blick auf den Bedarf und die Umgebung des Patienten		

**B-6.1.8 Zum Sachverzeichnis**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
202.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	<p>In den vorliegenden Tragenden Gründen wird zur Anpassung des Sachverzeichnisses ausgeführt, dass der G-BA mit Beschluss vom 19. November 2021 die Leistungsnummer 24 der HKP-RL gestrichen hat und deshalb die Querverweise vom Sachverzeichnis auf die Positionsnummer 24 entfernt werden sollen. Das Inkrafttreten der Änderung wird auf den 31. Oktober 2023 datiert.</p> <p>Die Streichung der Nummer 24 ist inakzeptabel. Hierauf hat der bpa bereits im Stellungnahmeverfahren zur AKI-Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege hingewiesen.</p> <p>Der G-BA hat im Beschluss aus November 2021 angeführt, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V durch den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37 c SGB V ersetzt werde. Eine fachlich konsistente Definition oder eine gesetzliche bzw. rechtliche Legaldefinition für die Leistung der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gibt es bis dato aber</p>	Die Leistung gemäß Nummer 24 der HKP-RL ist für zwei unterschiedliche Fallkonstellationen verordnungsfähig: Der Leistungsumfang der außerklinischen Intensivpflege entsprechend dem bisherigen der HKP-RL nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses, 1. Spiegelstrich wurde mit Beschluss vom 19.11.2021 in die Erstfassung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie überführt. Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach der	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>nicht. Es ist nicht belegt, dass die außerklinische Intensivpflege dasselbe ist wie die spezielle Krankenbeobachtung und umgekehrt.</p> <p>In der HKP-Richtlinie zu Nr. 24, spezielle Krankenbeobachtung, geht - sowohl aus der Bemerkungsspalte als auch aus der Spalte Dauer und Häufigkeit - ausdrücklich hervor, dass es neben den intensivpflegebedürftigen Personen weitere Personengruppen gibt, für die diese Leistung verordnet werden kann.</p> <p>Die Streichung der Nr. 24 aus dem Katalog der HKP-RL, mit dem Hinweis, diese Leistung sei zukünftig Gegenstand der Leistungen nach § 37c SGB V, ist somit nicht sachgerecht. Die Verordnung der Leistung der speziellen Krankenbeobachtung in der HKP-RL - entsprechend der dort aufgeführten medizinischen Erforderlichkeit außerhalb der außerklinischen Intensivpflege - ist beizubehalten.</p> <p>Da eine Streichung der Positionsnummer mit einer Leistungseinschränkung für die Versicherten verbunden ist, muss diese Entscheidung auf fachlich wissenschaftlichen Erwägungen beruhen. Eine Einschränkung der Leistung ist aufgrund der Einführung des neuen Leistungsbereiches im Rahmen des § 37 c SGB V und des leistungsberechtigten Klientels gerechtfertigt, die vollständige Streichung aber nicht. Der bpa geht davon aus, dass es hierzu noch einen rechtlichen bzw. gerichtlichen Klärungsbedarf geben wird.</p>	<p>AKI-RL erfolgen ab dem 1. Januar 2023.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 24 gemäß dem zweiten Spiegelstrich ist bislang verordnungsfähig in Fallkonstellationen, in denen die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause nur auf Basis einer speziellen Krankenbeobachtung durch Pflegefachkräfte bei dauernder Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes getroffen werden kann. Diese Leistung ist unabhängig von der Regelung der AKI-RL, hier ist der G-BA zu der Einschätzung gelangt, dass für die notwendige Versorgung von Versicherten in den mit den Anspruchsvoraussetzungen nach Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte beschriebenen Sachverhalten kein Bedarf besteht, die Verordnungsmöglichkeit nach Nummer 24 zweiter Spiegelstrich</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>in der Bemerkungsspalte weiterhin aufrecht zu erhalten. Zur umfassenden Begründung siehe ergänzende Stellungnahme vom 3. März 2022, veröffentlicht auf den Internetseiten des G-BA unter <a href="http://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a>.</p>	

**B-6.1.9 Zum Inkrafttreten**

[...]

**B-7 Mündliche Stellungnahmen**

**B-7.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 1. Juni 2022 eingeladen.

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 1. Juni 2022 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	Herr Elvers	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Frau Dr. Mallmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundespflegekammer e.V. (BPtK)	Frau Benz	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein
Diakonie Deutschland (Diakonie)	Frau Stempfle	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische)	Herr Mittag	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e. V. (BAG-SAPV)	Herr Nehls	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Frau Prof. Stanze	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

**Frage 1: Anstellungsverhältnisse**

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

**Frage 2: Beratungsverhältnisse**

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

**Frage 3: Honorare**

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

**Frage 4: Drittmittel**

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

**Frage 5: Sonstige Unterstützung**

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

**Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

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

**B-7.2 Mündliche Stellungnahmen**

# Wortprotokoll



**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-  
Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der  
Häufigkeit und Dauer von einzelnen  
verordnungsfähigen Maßnahmen durch  
Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und  
weiteren Änderungen**

Vom 1. Juni 2022

<b>Vorsitzende:</b>	<b>Frau Dr. Lelgemann</b>
<b>Beginn:</b>	10:30 Uhr
<b>Ende:</b>	11:07 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

**Angemeldete Teilnehmende der Anhörung**

Deutsches Rotes Kreuz (DRK):  
Herr Elvers

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa):  
Frau Dr. Mallmann

Bundespflegekammer e. V. (BPfK):  
Frau Benz

Diakonie Deutschland (Diakonie):  
Frau Stempfle

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische):  
Herr Mittag

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e. V. (BAG-SAPV):  
Herr Nehls

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):  
Frau Prof. Stanze

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die Teilnehmenden sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur 30. Sitzung des Unterausschusses Veranlasste Leistungen, und zwar zunächst zu unserer mündlichen Anhörung zur Änderung der HKP-Richtlinie: Erweiterte Versorgungsverantwortung durch Pflegefachkräfte und weitere Änderungen. – So lautet der Arbeitstitel.

Jetzt begrüße ich zunächst die angemeldeten Stellungnehmenden: Und zwar Herr Elvers für das Deutsche Rote Kreuz. – Sind Sie da, Herr Elvers? –

*[Anm.: Teilnehmer ist aufgrund technischer Probleme nicht zu hören, erneute Einwahl in die Videokonferenz wird empfohlen]*

Gut, dann mache ich erst einmal weiter: Frau Dr. Leonie Mallmann für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. – Sind Sie anwesend?

**Frau Dr. Mallmann (bpa):** Guten Morgen! – Ja.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Guten Morgen! Wir können Sie auch hören. – Dann Frau Benz für die Bundespflegekammer?

**Frau Benz (BPFK):** Guten Morgen! – Ja, ich bin da.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Einen schönen guten Morgen! – Dann Frau Stempfle für die Diakonie Deutschland?

**Frau Stempfle (Diakonie):** Guten Morgen! – Ich bin auch anwesend.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Einen schönen Guten Morgen, Frau Stempfle! – Dann Herr Mittag für den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.?

**Herr Mittag (Der Paritätische):** Einen schönen guten Morgen in die Runde! – Ich bin da.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Einen schönen guten Morgen, Herr Mittag! Wir können Sie hören und sehen. – Dann Herr Nehls für die Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung?

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Einen schönen guten Morgen! – Ich bin auch da und grüße alle Anwesenden.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Sie sind sehr leise, Herr Nehls, aber man konnte ahnen, dass Sie sprechen. – Dann Frau Professor Stanze für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin?

**Frau Prof. Stanze (DGP):** Ja, einen schönen guten Morgen!

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Einen schönen guten Morgen, Frau Professor Stanze. – Habe ich irgendjemanden nicht begrüßt, der jetzt hier anwesend ist, um eine mündliche Stellungnahme abzugeben?

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Darf ich kurz noch einmal testen, ob mein Mikrofon jetzt besser eingestellt ist und Sie mich besser verstehen?

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Ja, ich kann Sie jetzt sehr gut verstehen. Es ist perfekt eingestellt. – Wir suchen weiterhin Herrn Elvers für das Deutsche Rote Kreuz. – Herr Elvers, können Sie uns hören? – Das scheint noch nicht der Fall zu sein. – Ich würde vorschlagen, dass wir anfangen. Sie [Anm.: Anwesende des G-BA] erinnern mich daran, dass wir dann nachher noch einmal prüfen, ob Herr Elvers uns so zugeschaltet ist, dass wir ihn hören können.

Wie immer noch ein paar kurze Vorbemerkungen zu dieser mündlichen Anhörung: Wir haben Ihre schriftlichen Stellungnahmen erhalten und gelesen. – Dafür ganz herzlichen Dank!

Wir haben uns auch schon in der AG und jetzt auch in Vorbereitung dieses Unterausschusses mit den Stellungnahmen umfassend befasst, diese in Teilen bereits gewürdigt, sodass ich Sie bitten würde, hier nicht Ihre gesamte Stellungnahme mündlich wiederzugeben. Das wäre für alle nicht zielführend. Wie gesagt: Wir kennen Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Ich bitte Sie also in Ihrem mündlichen Beitrag, sich auf die ganz wesentlichen Punkte zu fokussieren.

Ansonsten möchte ich Sie darüber informieren, dass wir von dieser Anhörung eine Aufzeichnung erstellen, um dann hinterher ein Wortprotokoll zu erzeugen. Dieses wird dann auch Bestandteil der Zusammenfassenden Dokumentation, die ja veröffentlicht wird, wenn der Beschluss gefasst ist.

Ich schlage vor, dass ich Sie jetzt der Reihe nach aufrufe und fange mit Frau Dr. Mallmann für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste an. – Bitte, Frau Dr. Mallmann, Sie haben das Wort.

**Frau Dr. Mallmann (bpa):** Herzlichen Dank! – Ich würde gerne zwei Punkte herausgreifen, die uns besonders wichtig sind. – Das ist einmal der Punkt, dass hier noch einmal in dem Beschluss eine Klarstellung zum Ort der Leistungserbringung – also die Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI – erfolgt ist.

In diesem Zusammenhang wird allerdings von einer Gesamtverantwortung in der Einrichtung gesprochen. Diese Gesamtverantwortung konnten wir so nicht nachvollziehen, weil der jeweilige Leistungserbringer natürlich nur für die Leistung verantwortlich ist, die ihm verordnet wurde. Eine solche Gesamtverantwortung in den Einrichtungen herrscht nicht vor, ist nicht vorgesehen und ist auch im Bereich der außerklinischen Intensivpflege bislang nicht verortet. Das betrifft also die Übergangsregelung in der HKP-Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege. Insofern haben wir hier die Streichung der Gesamtverantwortung gefordert. Wir würden uns freuen, wenn das Berücksichtigung findet, weil – wie gesagt – wir das so vor Ort gar nicht umsetzen können.

Der zweite wesentliche Punkt ist, dass wir in unserer Stellungnahme angemerkt haben, dass wir durch den Beschluss das Gefühl hatten, dass mit dieser neuen Verordnungsmöglichkeit durch Pflegefachkräfte, was die Häufigkeit und Dauer der Maßnahme angeht, noch sehr restriktiv und etwas zögerlich umgegangen wird, was die Maßnahmen betrifft.

Hierzu haben wir auch in der Stellungnahme dargelegt, für welche Leistungen wir diese Verordnungsmöglichkeiten noch wünschen würden. Wir haben ja auch gesehen, dass es dazu auch bei Ihnen in den Reihen durchaus einen unterschiedlichen Diskussionsstand gab. Insofern würden wir uns freuen, wenn dem Gesetzgeber folgend die Pflegekräfte hier diese Verordnungsmöglichkeit künftig haben sollen, dass dies möglichst auch – so gut es geht – für alle Leistungen gilt. – Das wären die zwei wesentlichen Punkte unsererseits.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Dr. Mallmann, für Ihren präzisen und fokussierten Beitrag. – Ich würde jetzt zunächst an Frau Benz für die Bundespflegekammer weitergeben. – Bitte, Frau Benz, Sie haben das Wort.

**Frau Benz (BPfK):** Vielen Dank! – In großen Teilen kann ich mich der Frau Dr. Mallmann anschließen. – Unsere Stellungnahme haben Sie ja ebenfalls erhalten.

Wir begrüßen es sehr, dass das den Pflegefachpersonen übertragen werden soll, weil dies auch in der täglichen Praxis arbeitserleichternd ist. Wir würden es auch begrüßen, dass die Punkte, die wir Ihnen übermittelt haben, berücksichtigt werden und dort entsprechend reagiert wird. – Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Benz. – Ich würde dann an Frau Stempfle für die Diakonie Deutschland weitergeben. – Frau Stempfle, bitte.

**Frau Stempfle (Diakonie):** Ich kann mich meinen beiden Vorrednerinnen mehr oder minder anschließen. – Auch wir finden, dass mit § 37 Absatz 8 SGB V und mit den erweiterten Möglichkeiten sehr restriktiv umgegangen wird.

Unserer Ansicht nach geht es hier ja nicht darum, ob eine Leistung verordnet wird, sondern es geht lediglich darum, dass durch die Pflegefachkraft die Häufigkeit und die Dauer der Maßnahme festgelegt werden kann. Angesichts dessen, dass es nicht um das Ob geht, sondern nur um die Häufigkeit, denken wir auch, dass es bei nahezu allen Leistungen des Verzeichnisses möglich sein könnte, diese erweiterte Möglichkeit für die Pflegefachkräfte in der HKP-Richtlinie zu implementieren. – Wir haben dazu auch konkrete Vorschläge gemacht.

Der zweite Punkt unsererseits ist, dass wir auch mit dem § 5a „Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften“ Probleme haben. Wir denken, da werden viele Punkte geregelt, die auch schon an anderer Stelle der HKP-Richtlinie geregelt sind und keines doppelten Regelungsbedarfes bedürfen. Außerdem gibt es bestimmte Punkte, die für die Pflegedienste – und ich glaube auch für die verordnenden Ärzte – einfach schwierig sind, wenn es an verschiedenen Stellen in den Richtlinien steht. – Insofern würden wir Sie da noch einmal bitten, zu überprüfen und mögliche Doppelungen zu streichen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Stempfle. – Ich würde jetzt weitergeben an Herrn Mittag für den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband.

**Herr Mittag (Der Paritätische):** Vielen Dank! – Zunächst einmal schließe auch ich mich den wesentlichen Punkten der Vorrednerinnen an. – In der Tat wird etwas zu restriktiv mit der Regelung umgegangen. – Ansonsten versuche ich jetzt noch einmal drei, vier wesentliche Punkte aus den eigentlichen Inhalten hier aufzugreifen:

Es fängt schon mal bei den Tragenden Gründen an. Dort ist beispielsweise davon die Rede, dass die Kompetenz, um das durchzuführen, eigentlich erst dann unterstellt wird, wenn auch im ambulanten Bereich entsprechende Berufstätigkeit vorgelegen hat. Das halten wir für hinderlich, insbesondere weil wir später ja auch noch in den Bundesempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege die Anforderungen zu verhandeln haben. Wir würden davon ausgehen, dass grundsätzlich das Erlernen des Berufes dafür ausreicht. Insofern haben wir in der Stellungnahme auch reingeschrieben, dass man eigentlich „ambulant“ bei den Tragenden Gründen zu § 5a Absatz 1 streichen müsste.

Zu den Richtlinienänderungen selber: Es gibt in § 5a Absatz 3 einen Verweis auf den neuen § 7 Absatz 4a. Dort geht es um das ganze Thema Kommunikation zwischen der qualifizierten Fachkraft und dem Verordner beziehungsweise der Verordnerin. Wir halten es insgesamt für sehr ungünstig, insbesondere im Sinne der Förderung einer gelungenen Zusammenarbeit, dass hier an unterschiedlichen Stellen in der Richtlinie auf das Thema Kommunikation abgestellt wird. Eigentlich müsste man das alles irgendwie zusammenfassen. Dann wäre es auch irgendwie verständlicher.

Nur, um es einmal zu sagen: Wir haben jetzt in § 5a Absatz 3 Hinweise, im § 7 Absatz 1, in § 7 Absatz 2, in § 7 Absatz 4a neu. Das ist eigentlich kaum richtig zu durchschauen. Man sollte das Gesamte irgendwie zusammenfassen. Eigentlich bedarf es auch nicht des § 7 Absatz 4a neu. Den könnte man an der Stelle weglassen.

Dann ist im gleichen Paragraphen davon die Rede, dass sich hier die Fachkraft regelmäßig mit der VerordnerIn abstimmen soll. Das ist natürlich immer leicht gesagt und irgendwie auch nachvollziehbar, dass es da einen stetigen Austausch und einen Kommunikationsfluss gibt. Aber in der Praxis muss man sich einfach vorstellen, dass natürlich ein regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass vielleicht etwas überzogen wird. – Wenn da stehen würde, man macht ein Fallgespräch oder es wird in Fallgespräche eingebunden, wäre das etwas Anderes. – Aber das halten wir so für nicht zielführend, und es fördert und erhöht den Bürokratieaufwand. – Das bitten wir, zu überlegen.

Dann haben wir in § 5a Absatz 4 eine Regelung, die sich auf darauf bezieht, ob für entsprechende Verordnungen oder Folgeverordnungen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hier muss man sicherlich berücksichtigen, dass der Pflegedienst keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt-Patienten-Kontaktes hat. – Das halten wir in diesem gesamten Setting eigentlich eher für hinderlich und bitten um Streichung.

In § 6 Absatz 2 Satz 2 geht es um Ablehnungen von Verordnungen. Eigentlich können wir hier an der Stelle überhaupt nicht nachvollziehen, wieso dann der Pflegedienst in die Informationen darüber nicht einbezogen wird. Der muss ja informiert werden. Es kann ja nicht sein, dass diese Informationen in dem Setting an dem Pflegedienst vorbeigehen. – Das bitten wir auch, zu überlegen. Es wäre sinnvoll, das entsprechend auch mit aufzunehmen.

Ich schaue mal, ob es einen weiteren wichtigen Punkt gibt. – Ja, vielleicht auch noch einmal etwas, was über den Pflegedienst selber hinausgeht: Es gibt eine Ergänzung des GKV-SV, wonach das Entlassmanagement von der erweiterten Versorgungsverantwortung ausgeschlossen werden soll. Das bezieht sich ja dann im Grunde auf die Fachkräfte, Pflegefachkräfte im Krankenhaus. Grundlage hier ist § 7 Absatz 5. Wir würden auch sagen, dass das hinderlich ist. Warum sollten Fachkräfte im Krankenhaus das nicht machen können? – Also einfach mal darüber nachdenken, ob das an der Stelle nicht eine unnötige Grenze ist.

Der Rest bezieht sich im Grunde auf das Leistungsverzeichnis. Es ist ja schon gesagt worden, dass aus unserer Sicht etwas zu restriktiv damit umgegangen wird. – Da die Stellungnahme vorliegt, erspare ich Ihnen hier sozusagen zu jedem einzelnen Punkt unsere ausführliche Position. – Herzlichen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Mittag! Vielen Dank auch für die sehr konkreten Punkte und auch, dass Sie sich ebenfalls auf die schriftliche Stellungnahme beziehen. – Ich gebe jetzt weiter an Herrn Nehls für die Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. – Bitte sehr, Herr Nehls.

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Sehr gerne. – Ich hoffe, ich bin jetzt besser zu verstehen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Sie sind sehr gut zu verstehen.

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Prima, dann muss ich nicht so schreien. – Ich beziehe mich auf den Kern unserer Stellungnahme, dass wir dem Grunde nach an den Stellen anlehnen, wo pflegerische Vorbehaltsaufgaben betroffen sind. Vor allem die Häufigkeit und Dauer erachten wir nicht für hinreichend. Sondern hier ist die Verordnungshoheit auch der Pflege zuzuordnen, da es sich um pflegefachliche Vorbehaltsaufgaben handelt. Dies betrifft insbesondere die Versorgung nach § 37 Absatz 1, sofern es Grundpflege, Hauswirtschaft und Ernährung betrifft. Dies sind pflegerische Vorbehaltsaufgaben in der Erhebung des Bedarfs und von daher gar nicht von einem Arzt vorzunehmen und dann auch nicht zu verordnen. – Das ist sozusagen die Kernbotschaft unserer Stellungnahme. Daraus resultieren eben die von uns auch aufgezeigte und Ihnen vorliegende Stellungnahme im Einzelnen, die ich jetzt, wenn Sie es möchten, gern noch weiter erläutere. – Aber ich glaube, es gibt in der Richtlinie, in dem Katalog, einzelne Tätigkeiten, auch der Behandlungspflege, die wir als Kernkompetenz der Pflege betrachten.

Wir halten es deshalb insbesondere für wichtig, wenn hier neben dem ambulanten Bereich in der hausärztlichen Versorgung bei schwerstkranken oder auch sterbenden Patienten gesehen wird, dass ein Krankenhausaufenthalt möglicherweise notwendig ist – vielleicht primär gar nicht wegen eines komplexen Symptomgeschehens, sondern wegen der Gesamtsituation –, dass das dann im Kern nach Vorbehaltsaufgaben der Pflege betrifft, die hier betrachtet werden. Und damit ist dort ein Pflegedienst, speziell eine Pflegefachkraft – und wenn wir von der Palliativversorgung sprechen, dann eben eine Palliativfachkraft oder die Pflegekraft eines SAPV-Teams – hinzuzuziehen, um entsprechend die Verordnungsgrundlage hinsichtlich der Vorbehaltsaufgaben der Pflege zu prüfen und dann auch diese Verordnung vorzunehmen.

Sicherlich sehen wir eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten – Das ist keine Frage. Das ist in der Palliativversorgung ohnehin das Kerngeschäft. – Aber das ist sozusagen der Rahmen, der unsere Stellungnahme im Kern betrifft.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Nehls, für die fokussierte Darstellung. – Dann übergebe ich an Frau Professor Stanze für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin.

**Frau Prof. Stanze (DGP):** Vielen Dank! – Ich kann mich meinen Vorrednerinnen und Vorrednern natürlich auch in vielerlei Hinsicht anschließen.

Genauso möchte ich auch noch einmal betonen, dass die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin genau das eben sieht, dass die Vorbehaltsaufgaben pflegerische Aufgaben sind und auch im Wortlaut daran bitte zu bedenken ist, wie das Ganze formuliert wird, nämlich dass es hier tatsächlich nicht dem Arzt oder der Ärztin obliegt, das primär einzuschätzen, sondern dass es pflegerische Tätigkeiten sind.

Gleichzeitig gibt es einige Punkte wie die Behandlungspflege. – Das ist in dem Sinne eigentlich nur ein Übersetzungsfehler. Es müsste eigentlich „technische Pflege“ heißen. Aber wir bleiben jetzt mal bei Behandlungspflege. – Das sind genau die Aufgaben, die in den pflegerischen Bereich zählen.

Und vor allen Dingen finden wir es noch einmal wichtig – in unserer Stellungnahme haben wir dazu einige Hinweise gegeben –, dass es primär qualifizierende Studiengänge gibt und der Verantwortungsbereich auch solchen Pflegefachkräften obliegen sollte. Natürlich nicht bei allen, aber bei einigen Punkten haben wir dies erwähnt, weil da der Verantwortungsbereich höher angesetzt werden kann. – Als Beispiel könnte ich hier auch die Wundversorgung nennen, wo es jetzt nicht nur die akademischen Pflegefachkräfte sind, sondern dafür gibt es spezialisiert ausgebildete Pflegefachkräfte. Es müssen alle Pflegekräfte nach dem Expertenstandard, der ja auch im SGB XI verankert ist, arbeiten. Alle Pflegefachkräfte sollen entsprechend nach Expertenstandards arbeiten. Und für die Pflege liegt ein Expertenstandard für Wundversorgung vor. Das gibt es im ärztlichen Bereich nicht. Somit sehen wir auch die Wundversorgung, vor allen Dingen die chronischen Wunden, als Vorbehaltsaufgabe der Pflege und haben dies so wie auch andere Punkte entsprechend aufgeschrieben. Ich wollte dies nur exemplarisch hervorheben. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ganz herzlichen Dank, Frau Professor Stanze. – Jetzt wäre noch einmal die Frage, ob Herr Elvers sich zuschalten konnte oder nicht? – Nein, alles klar.

Dann wären wir durch, weil – wie gesagt – Herr Elvers leider technische Probleme hat, sodass ich zunächst die Frage an Sie stelle: Gibt es Ergänzungsbedarf aus dem Kreis derjenigen, die uns jetzt für die mündliche Anhörung zugeschaltet sind? Sie haben die Chance, sich noch einmal zu melden. – Das scheint nicht der Fall zu sein, sodass ich die Runde für mögliche Fragen aus dem Kreis der Mitglieder des Unterausschusses eröffne. – Gibt es Fragen, Anmerkungen? – Ich habe eine Meldung von der Patientenvertretung.

**PatV:** Vielen Dank! – Ich hoffe, Sie können mich auch gut hören, nachdem es bei Herrn Elvers ja nicht geklappt hat, frage ich noch einmal nach.

Herzlichen Dank an die Stellungnehmer. – Ich hätte einige Fragen. Als Erstes eine Frage gerne an Frau Stempfle und an Herrn Mittag – erst einmal beste Grüße. – Sie fordern in Ihrer Stellungnahme auch eine Erweiterung des Leistungsverzeichnisses, und zwar um das Thema Fallbesprechung. Ich hätte hier zum einen die Fragestellung, ob Sie das jetzt ausschließlich im Zusammenhang mit der Richtlinienänderung fordern, oder ob Sie hier einen grundsätzlichen Bedarf sehen. Und zweitens: Wie stellen Sie sich das konkret vor? Denn letztlich geht es bei der HKP ja um vom Arzt delegierte Leistungen. Da wäre noch einmal die Frage, ob Sie einen konkreten Vorschlag haben, wie das umsetzbar ist. – Das wäre meine erste Frage.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank an die Patientenvertretung. – Wer möchte antworten? – Ich glaube, die Frage ging an Frau Stempfle. – Wen hatten Sie noch adressiert?

**PatV:** Herrn Mittag.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Genau. – Frau Stempfle, möchten Sie anfangen und dann Herr Mittag?

**Frau Stempfle (Diakonie):** Vielen Dank für die Frage, Patientenvertretung. – Für uns ist es so, dass das Thema Fallbesprechung ein zentrales Thema in der häuslichen Krankenpflege ist. Das bezieht sich nicht nur auf die Richtlinienenerweiterung, die jetzt gerade vorgenommen wird, bekommt aber in Bezug auf die Richtlinienenerweiterung vielleicht noch einmal eine besondere Brisanz. – Wie Herr Mittag es vorher ja auch gesagt hat, denken wir ebenfalls, dass die Ergänzung im § 7 nicht wirklich viel Sinn macht, wenn es zusätzlich anlassbezogene Kontakte zwischen Arzt und Pflegedienst geben soll.

Es könnte aber Sinn machen, das um Fallbesprechungen zu erweitern. Das ist der eine Punkt, um dann zu sagen: Es gibt bei bestimmten Anlässen Fallbesprechungen. Wir denken aber auch, dass es generell wichtig wäre, wenn es Fallbesprechungen zwischen den verordnenden Ärzten und dem Pflegediensten gäbe, unabhängig davon, ob jetzt die Dauer und die Häufigkeit durch den Pflegedienst festgelegt wird. Denn wir halten es einfach für wichtig, dass sozusagen eine gemeinsame Beratung und auch eine gemeinsame Patientenversorgung stattfindet. Wir hatten das als Diakonie in Deutschland auch schon vor einigen Jahren bei der Leistung „Symptomkontrolle“ gefordert, wo wir das auch noch mal sehr deutlich sehen, wenn es um die Versorgung von sterbenden und schwerkranken Menschen geht.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Stempfle. – Herr Mittag, mögen Sie ergänzen?

**Herr Mittag (Der Paritätische):** Naja, eigentlich nicht wirklich. Die Gefahr ist ja immer, wenn eine Kollegin wie jetzt Frau Stempfle vor einem spricht, dass sozusagen alles bereits erschöpfend gesagt wurde. Insofern schließe ich mich jedem einzelnen Wort vollumfänglich an. – Wenn man etwas ergänzen möchte, dann vielleicht, dass es bei der Ergänzung des Leistungsverzeichnisses insgesamt mit den Möglichkeiten, die heute zur Verfügung stehen, weitergehen muss. Beispielsweise sind auch digitale Fallbesprechungen eine Möglichkeit.

Es geht ja auch um andere Sachen, wie beispielsweise Unterstützung der Versicherten während der ärztlichen Videosprechstunde – also auch solche Sachen. Man kann da schon erkennen, dass sich das gesamte Bild natürlich irgendwie auch erweitert. Der Bedarf an diesen Dingen ist ja da. Also insgesamt muss natürlich auch das Digitale hier mehr Einzug halten. – Jetzt habe ich doch noch etwas extra sagen können. – Sehr schön! Gut.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Mittag. – Ich gebe zurück an die Patientenvertretung: Sie hatten ja angekündigt, dass Sie weitere Fragen haben.

**PatV:** Ja, vielen Dank! – Ich gehe vielleicht die Runde der Stellungnehmer so ein bisschen durch und stelle die nächste Frage, die ich hätte, an Frau Mallmann und an Herrn Nehls: In Ihren Stellungnahmen fordern Sie ja eigentlich unisono, dass die Pflege zukünftig bei allen Leistungen aus dem HKP-Leistungskatalog Häufigkeit und Dauer bestimmen soll. Ich hätte hierzu noch die Fragestellung, ob Sie das bei den Beispielen der Leistungsziffer Nummer 29 „Wechsel und Pflege der Trachealkanüle“ und gegebenenfalls auch für die Nummer 23 der „Katheterisierung“ konkretisieren können. Also: Was spricht konkret dafür, dass die Pflege zukünftig bei diesen Leistungen die Häufigkeit und die Dauer dieser Leistungen bestimmen darf? – Vielen Dank!

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Patientenvertretung. – Es waren Herr Nehls und Frau Mallmann angesprochen. – Wer möchte beginnen?

**Frau Dr. Mallmann (bpa):** Ich kann gerne starten. – Das entspricht ja auch der Forderung aus unserer Stellungnahme. Dort haben wir auch noch einmal explizit das Thema „Wechsel und Pflege der Trachealkanüle“ aufgeführt; haben uns an der Stelle der Position der Patientenvertretung angeschlossen, weil wir sagen, dass wir die Berufserfahrung und die Ausbildung der Pflegefachkräfte auch für diese Leistungen für hinreichend halten. Und vorhin klang schon einmal an, dass es hier ja – in Anführungsstrichen – „nur um Dauer und Häufigkeit“ geht.

Das heißt, die Verordnungshoheit liegt ja beim Arzt; es findet ein regelmäßiger Austausch mit dem Arzt statt. Insofern erfolgt die medizinische Indikation und die medizinische Kontrolle immer durch den behandelnden Arzt. Wir gehen davon aus, dass die Pflegefachkraft, die einen sehr direkten Kontakt zum Patienten hat, auch sehr nah am Patienten ist, sowohl über die notwendige Qualifikation verfügt, aber auch über den notwendigen Kontakt und das Kennen der Person, um die es geht, um einschätzen zu können, was die Dauer und Häufigkeit angeht und wie diese ausgestaltet sein soll. Wie gesagt: Durch diesen regelmäßigen Kontakt mit dem Arzt ist der medizinische Hintergrund ja gesichert. Auch die Behandlungspläne sind gesichert.

Uns wäre noch daran gelegen – das vielleicht als kleine Ergänzung; das haben wir auch in der Stellungnahme angeführt –, dass man auch hier den digitalen Einzug mit einer gemeinsamen Dokumentation erhält. Das würde es natürlich auch noch einmal erleichtern, dass der Arzt unmittelbar auf dem gleichen Stand ist wie die Pflegefachkraft, also auch hier der fortlaufende Austausch durch eine gemeinsame Dokumentation unterstützt und sichergestellt werden kann.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann übergebe ich an Herrn Nehls.

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Ja, gerne. – Ich schließe mich hinsichtlich der Kernkompetenzen der Pflege an, die durch Ausbildung und auch durch in der Praxis gewonnene Erfahrung sowie dann noch mal vielleicht durch spezielle Weiterbildung eben geschaffen ist, sodass eine Pflegekraft grundsätzlich geeignet ist, hier darüber zu befinden.

Wir sagen sogar auch, dass beispielsweise das Spülen des Katheters eine Aufgabe ist, die in dem Verantwortungsbereich der Vorbehaltsaufgaben der Pflege liegt. Beispielsweise bei einer Pyurie kann die Pflegekraft vor Ort, da sie auch hier die Kraft vor Ort ist und in vielen, vielen Gebieten und Ballungsgebieten auch die einzige Kraft vor Ort ist, die augenscheinlich sozusagen hier den Urin und die Ausscheidung sehen und beurteilen kann. Sie kann eben auch einschätzen, ob hier ein reines Spülen erforderlich ist, also kein Eingeben von Medikamenten und keine im weiteren medizinischen Sinne therapeutische Behandlungspflege erforderlich ist. Somit sehen wir hier sowohl die Kompetenz als hinreichend gegeben, als auch – wie gesagt – in dem Fall sogar die vorbehaltliche Tätigkeit der Pflege, sodass selbst hier bestenfalls über eine Auftragsüberweisung der Arzt hinzugezogen wird, um gegebenenfalls weitere medizinische Aspekte abzuklären. – Ich glaube, damit ist die Frage beantwortet.

Das Gleiche gilt natürlich für den Wechsel des Tracheostomas. Auch da ist die Pflegekraft die einzige vor Ort, die einzige auch, die bundesweit in vielen, vielen Fällen das Tracheostoma beurteilt. Und damit ist nicht nur die Grundvoraussetzung qua Ausbildung gegeben, sondern auch durch Praxis.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Nehls! – Patientenvertretung, ich glaube, Sie waren noch nicht durch.

**PatV:** Stimmt. – Ich hätte nur noch eine abschließende Frage. Ich weiß gar nicht genau, wer die vielleicht beantworten könnte. Ich würde sie also in den freien Raum stellen, vielleicht aber auch an Frau Stanze aus der Pflegewissenschaft:

Uns ging es in der AG noch einmal darum, dass im Rahmen der Leistungsziffer Nummer 6 beim Thema „Absaugen“ auch die Bronchialtoilette aufgeführt ist. Ich hätte eine Frage zur Praxis, deswegen vielleicht auch an alle: Wird diese Leistung – also ausschließlich die Bronchialtoilette, nicht das Absaugen – in der Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste verordnet und erbracht? Oder ist das gegebenenfalls eine Leistung, die in der Praxis gar nicht mehr genutzt wird?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Das haben wir auch in der Vorbesprechung diskutiert. – Also Frau Stanze.

**Frau Prof. Stanze (DGP):** Die Bronchialtoilette im ambulanten Bereich ist selten geworden. Da würde ich tatsächlich eher die Frage an Herrn Nehls weitergeben, der das an dieser Stelle viel besser einschätzen kann, weil ich jetzt dazu keinen pflegewissenschaftlichen Hintergrund habe. – Es liegt weniger vor. Ich glaube, das war Ihre Frage. Richtig? – Gut.

Wenn ich darf, gebe ich aber gerne weiter – das weiß er – an den Kompetenzbereich SAPV.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann ist, glaube ich, Herr Nehls angesprochen.

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Ich würde es aus der Praxiserfahrung, die ich habe, auch so einschätzen, dass die Bronchialtoilette ein sehr seltenes Vorkommen ist. Es kommt sehr wohl aber im Einzelfall vor. – Ich versuche gerade unsere Stellungnahme zu öffnen, aber leider will mein Computer gerade nicht aufmachen. – Aber soweit ich mich erinnere, haben wir dazu auch ausgeführt, dass wir hier die Durchführung zwar sehr wohl auch in Dauer und Häufigkeit bei der einschätzenden Pflegefachkraft sehen, aber die Verordnungshoheit der Bronchialtoilette selber weiterhin beim Arzt sehen. Hingegen beim reinen Absaugen sehen wir die Vorbehaltsaufgabe auch bei der Pflege, weil das eben eine grundpflegerische Tätigkeit und somit eine Vorbehaltstätigkeit ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Hier ist sicher zwischen den beiden Interventionen zu unterscheiden. Das erst einmal als Hauptbotschaft.

**Herr Nehls (BAG-SAPV):** Ja.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das scheint nicht der Fall zu sein. – Gibt es Ihrerseits weiteren Stellungnahmebedarf?

**Frau Benz (BPFK):** Ich würde noch gerne etwas dazu sagen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Bitte!

**Frau Benz (BPFK):** Ich möchte dem Unterausschuss noch einmal zu Bedenken geben, dass es im HKP-Bereich gelebte Praxis ist – ich bin Pflegefachperson mit über 20-jähriger Berufserfahrung –, dass die ambulanten Pflegedienste letztendlich schon heute die Verordnungen vorausfüllen. Also die Anforderung kommt schon heute über den Pflegedienst mit entsprechenden Informationen zum Arzt. Das bedeutet aber zum jetzigen Zeitpunkt, dass es auch mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden ist.

Also der Pflegedienst schreibt die Verordnungsanforderungen an den Arzt; der Arzt bekommt sie vorgelegt; lässt diese abschreiben und geht zu 99 Prozent mit meiner beruflichen Erfahrung d'accord. Und da ist dann wieder der Umweg: Mitarbeiter des Pflegedienstes müssen zum Arzt; hoffen, dass die Verordnung richtig ausgestellt ist; leiten die dann entsprechend an die Kostenträger weiter und im schlechtesten Falle, weil die Arztpraxen überlaufen sind, ist die Verordnung fehlerhaft und dann kommt es ständig zu Hin- und Herläufen. – Das möchte ich dem Unterausschuss noch zum Bedenken mitgeben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Benz! – Das ist wohl angekommen hier; wir haben es gehört. Und ich glaube, wir können uns auch etwas darunter vorstellen, um es einmal so neutral zu sagen.

Dann möchte ich mich bei Ihnen allen ganz herzlich bedanken. Ich glaube, sowohl Ihre detaillierten Wünsche beziehungsweise Anregungen an die Richtlinie, was konkrete Änderungen anbelangt, als auch die übergeordnete Botschaft sind sowohl im Rahmen der schriftlichen Stellungnahmen als auch des mündlichen Anhörungsverfahrens angekommen. – Vielen Dank, dass Sie an beidem teilgenommen haben!

Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen! Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung!

Ich wünsche Ihnen noch einen guten Tag! – Vielen Dank!

Schluss der Anhörung: 11:07 Uhr

### **B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen**

Es wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen, daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

### **B-8 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt B und C dokumentiert. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben (vgl. Abschnitt B 6.1).

## C Anhang 1 – Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen

**Eingegangene Stellungnahmen (Sammeldokument)**

**Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflege-fachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

Stand: 6. Mai 2022

Organisation	Eingang
APH Bundesverband e. V.	28.04.2022
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	02.05.2022
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	04.05.2022
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	04.05.2022
Bundesärztekammer (BÄK)	05.05.2022
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	05.05.2022
Deutscher Caritasverband e. V.	05.05.2022
AWO Bundesverband e. V.	05.05.2022
Bundespflegekammer e. V.	05.05.2022
Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV)	05.05.2022
Diakonie Deutschland	05.05.2022
Der Paritätische Gesamtverband e. V.	05.05.2022
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	05.05.2022
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	06.05.2022 (verfristet)
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	Verzicht

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

APH Bundesverband e. V.	
28.04.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
II/4., Vorschlag GKV-SV, DKG, PatV: Streichung von „regelmäßig sowie“.	„Regelmäßig“ ist in diesem Zusammenhang zu unbestimmt; darüber hinaus reicht unseres Erachtens nach eine Information auf Aufforderung durch den Verordner sowie bei unvorhersehbaren und maßgeblichen Veränderungen grundsätzlich aus.
LV Nr. 6 (Absaugen): ja.	Wenngleich der Verordner hier ggf. grundsätzliche Mindesthäufigkeiten der Leistungserbringung verordnen kann, machen oftmals von der Planung abweichende individuelle und spontane Absaugungen eine entsprechende Entscheidungsbefugnis der Pflegefachkraft erforderlich.
LV Nr. 11 (Blutzuckermessung): Ergänzung um eine Spontaneinschätzung durch die Pflegefachkraft	Es kommt in der Praxis auch bei Patienten mit relativ stabilen Blutzuckerwerten und dementsprechend grobmaschig oder gar nicht verordneten regelmäßigen Blutzuckerkontrollen immer wieder vor, dass auf Grund des aktuellen Zustandes des Patienten eine außerplanmäßige Kontrolle des Blutzuckerwertes, insbesondere auch vor einer geplanten Insulin-Gabe, angezeigt ist; zumindest diese Einschätzung sollte der Pflegefachkraft ermöglicht werden.
LV Nr. 31 (Wundversorgung einer akuten Wunde): ja.	Frequenz und Dauer der Wundversorgung richtet sich entscheidend nach dem individuellen Verlauf der Wundheilung, welcher in erster Linie nur durch die täglich oder nahezu täglich anwesende Pflegefachkraft beurteilt werden kann; insofern sollte diese auch für die Festlegung von Dauer und Frequenz der Wundversorgung zuständig sein.

Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	
05. Mai 2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>Zu §5a Abs 1 Tragende Gründe</b></p> <p>Die Anforderung „mindestens 3- jährige Ausbildung“ ist zu ändern in „<i>Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung</i>“.</p> <p>Die „einschlägige Berufserfahrung im ambulanten Bereich“ ist zu streichen.</p>	<p>Pflegefachkräfte erhalten ihre Berufserlaubnis nicht durch das Absolvieren einer dreijährigen Ausbildung, sondern durch den Erhalt einer Urkunde mit der Erlaubnis die jeweilige Berufsbezeichnung, die beim Ausstellen der Urkunde den gesetzlichen Bestimmungen entsprach, zu führen.</p> <p>Die sach- und fachgerechte Durchführung ärztlicher Verordnungen sowie die damit verbundene Krankenbeobachtung ist nicht vom Ort der Leistungserbringung abhängig. Es werden in allen Settings der Akut- und Langzeitpflege die gleichen Anforderungen an das Können und Wissen der Pflegefachkräfte gestellt. Daher ist die einschlägige Berufserfahrung, die außerhalb der ambulanten Pflege erworben wurde, als gleichwertig anzusehen und ebenfalls anzuerkennen.</p>
<p><b>Zu §1 Grundlagen</b></p> <p><b>Abs. 7 Satz 6</b></p> <p>Der Einschub „(...) des Leistungserbringers gehört, der die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in den Räumlichkeiten im Sinne von §43a SGBXI trägt“ ist wieder zu streichen. Die bisherige Regelung ist beizubehalten.</p>	<p>Die Aufgaben und Pflichten zur Leistungserbringung eines Trägers sind in den jeweiligen Versorgungsverträgen geregelt und ergeben sich nicht aus der Gesamtverantwortung des Trägers für die Räumlichkeiten.</p>
<p><b>Zu § 5 Abs. 3</b></p> <p>Der Bezug zu § 7 Abs. 4a ist durch § 7 Abs. 2 zu ersetzen</p>	<p>Die Regelung zu den Berichtspflichten des Pflegedienstes gegenüber dem Verordner in § 7 Abs. 2 ist aus unserer Sicht ausreichend.</p>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	
05. Mai 2022	
<p><b>Zu § 5a Abs. 4</b> Wir beantragen die Streichung: „Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</p>	<p>Der Leistungserbringer (Pflegedienst) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt-Patienten Kontaktes. Die Verantwortung für die Ausgestaltung der Arzt - Patienten Beziehung und die Häufigkeit der persönlichen Kontakte liegt bei den beiden Akteuren selbst (Arzt und Patient).</p> <p>Deshalb können wir leider keinem der beiden Vorschläge zustimmen. Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Abs. 1 der RL HKP sind ausreichend.</p>
<p><b>Zu § 6 Abs 2 Satz 2</b> ist zu ergänzen: (...), hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner und den Pflegedienst über die Gründe zu informieren.</p>	<p>Der Pflegedienst als Leistungserbringer muss sich zusammen mit der qualifizierten Fachkraft über die weitere Versorgung mit der Verordnerin oder dem Verordner abstimmen, wenn die verordneten Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt wurden.</p>
<p><b>Zu § 7 Abs. 4 a</b> Wir lehnen den Ergänzungsvorschlag der GKV-SV, DKG und PatV ab.</p>	<p>Ein routinemäßiger, regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass ist nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen (Zeit und Personal). Weder die verordnenden Ärztinnen und Ärzte noch die qualifizierten Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste haben hierfür die Ressourcen.</p>
<p><b>Zu § 7 Abs 5</b> Wir lehnen den Ergänzungsvorschlag des GKV-SV, wonach das Entlassmanagement von der erweiterten Versorgungsverantwortung auszuschließen ist, ab.</p>	<p>Bereits jetzt ist es im Krankenhaus gängige Praxis, dass die Erfahrung und Kompetenz der Pflegefachkräfte auf den bettenführenden Stationen in die Beurteilung des Bedarfes und des Umfanges der Häuslichen Krankenpflege sowie in den Prozess der Entlassung mit einbezogen werden. Die Pflegefachkräfte sind mit der Situation der Patientin/des Patienten vertraut und können diese adäquat beurteilen. Deshalb kann auch die erweiterte Versorgungsverantwortung Anwendung finden.</p>
<b>Zum Leistungsverzeichnis</b>	
<b>Zu Erweiterung des Leistungsverzeichnisses</b>	<p>Die zusätzlichen Abstimmungsbedarfe aus § 3 und § 7 stellen für beide Seiten einen erheblichen zusätzlichen Aufwand dar, der nicht nebenbei erledigt werden kann und der deshalb als</p>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	
05. Mai 2022	
Wir beantragen, das Leistungsverzeichnis um die Leistung „ <i>Gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordnerin /Verordner und qualifizierter Pflegefachkraft</i> “ zu erweitern.	eigenständige Leistung in das Leistungsverzeichnis aufzunehmen und in den Vergütungen zu berücksichtigen ist.
<b>Zu Nr. 3 Ernährung</b> Wir schließen uns der Auffassung der PatV und des GKV-SV an, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist	Die Leistungsbeschreibung umfasst ausschließlich die Abgabe der Nahrung und die damit im Zusammenhang stehenden Verrichtungen. Bereits heute übernehmen die Mitarbeitenden der Pflegedienste die Umsetzung nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Pflegebedürftigen.  Dazu gehört auch, dass die korrekte Lage der Sonde vor jeder Applikation von Nahrung oder Flüssigkeit überprüft wird.
<b>Zu Nr. 6 Absaugen, Bronchialtoilette</b> Wir stimmen dem Vorschlag der PatV, GKV-SV und DKG zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist.	Die Leistungen erfolgen aufgrund der Indikation im Sinne der HKP Richtlinie in der Regel ungeplant situationsgerecht und spontan bei Bedarf. Ein konkreter Zeitpunkt oder die Häufigkeit pro Tag kann von ärztlicher Seite bei dieser Patientengruppe in der häuslichen Versorgung regelhaft nicht genau im Voraus bestimmt werden.  Der von der KBV beschriebene Vorgang ist im Gegensatz zu den in der HKP-Richtlinie beschriebenen Leistungen, eine therapeutische Bronchiallavage. Dieser Eingriff ist keine Leistung der HKP und auch nicht in den HKP-Richtlinien geregelt. Der Eingriff erfolgt mittels Endoskop und erfordert immer eine Ärztin/einen Arzt.
<b>Zu Nr. 8 Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes</b> Wir stimmen dem Vorschlag der PatV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist.	Die/der behandelnde Ärztin/Arzt legt zwar die Rahmenbedingungen fest. Bei den beatmeten Patientinnen/Patienten vor Ort steht jedoch, anders als auf den Intensivstationen der Krankenhäuser, keine Ärztin/kein Arzt zur Verfügung. Es ist daher schon jetzt übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte ggf. zusammen mit den Patientinnen/Patienten die konkreten Parameter im Rahmen der ärztlichen Verordnung situativ anpassen. Die Überprüfung der Einstellung und Funktion der Geräte und der

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	
05. Mai 2022	
	Austausch bestimmter Teile erfolgt nach Herstellerangaben gemäß MPG und liegt im Kompetenzbereich der Pflegefachkräfte.
<p><b>Zu Nr. 13 Versorgung und Überprüfung von Drainagen</b></p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und DKG zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft möglich ist.</p>	Aufgrund der Anwesenheit vor Ort müssen die Mitarbeitenden der Pflegedienste auch jetzt schon die Lage, den Sekretfluss und den Wechselbedarf der Sekretbehälter beurteilen. Zudem handelt es sich nicht regelhaft um Wunddrainagen, sondern zunehmend auch um Entlastungsdrainagen bei Tumorerkrankungen.
<p><b>Zu Nr. 14 Einlauf/Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausleerung</b></p> <p>Wir beantragen die Streichung von „<i>einmalige Leistung</i>“ bei der digitalen Enddarmausleerung</p>	Die digitale Enddarmausleerung ist insbesondere bei neurogenen Darmfunktionsstörungen, z.B. bei Querschnittlähmung, ALS, fester Bestandteil des sog. Darmmanagements. Eine einmalige Verordnungsmöglichkeit ist daher nicht ausreichend.
<p><b>Zu Nr. 23</b></p> <p>Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft für die Leistung „Katheterisierung der Harnblase und intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung“</p>	<p>Die/der behandelnde Ärztin/Arzt legt zwar die Rahmenbedingungen fest. Aufgrund der Anwesenheit vor Ort ist es jetzt schon übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte die Wechselintervalle den individuellen Bedarfen der Patientinnen/Patienten anpassen und die jeweiligen Herstellerangaben beachten.</p> <p>Auch die Häufigkeit der intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung erfolgt bereits heute in gemeinsamer Absprache zwischen Pflegefachkräften und Betroffenen entsprechend der individuellen Situation und den Erfordernissen vor Ort.</p>
<p><b>Zu Nr. 24a Symptomkontrolle</b></p> <p>Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft für die Leistung „Symptomkontrolle“.</p>	Die Leistung Symptomkontrolle zielt darauf ab, dass die Patientin/der Patient situationsgerecht ihre/seine Unterstützung in Krisensituationen durch den Pflegedienst erhält. Oftmals verändert sich der Zustand der Patientin/des Patienten unvorhersehbar. Daher legt auch hier die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Rahmenbedingungen fest. Es ist schon jetzt übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte aufgrund der Anwesenheit vor Ort die Häufigkeit und den Umfang der

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	
05. Mai 2022	
	notwendigen Leistungen in diesem Rahmen einschätzen und diese erbringen.
<b>Zu Nr. 26</b> Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft für die Leistungen „Richten von ärztlich verordneten Medikamenten“ und „Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten“	Es ist gängige Praxis, dass Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz im Rahmen der Krankenbeobachtung den Hilfebedarf bei der Medikamenteneinnahme beurteilen. Ist die Medikamenteneinnahme durch die Patientin/den Patienten ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig möglich, informieren sie die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt und sprechen die Häufigkeit und Dauer der Verordnung mit ihm ab, damit die Einnahme der verordneten und oft lebensnotwendigen Medikamente sichergestellt ist.
<b>Zu Nr. 27a</b> Wir beantragen die Einschätzung von Häufigkeit und Dauer durch entsprechend fachspezifisch weitergebildete Pflegefachkräfte für die Leistung „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“.	Aufgrund der spezifischen Fachkompetenz psychiatrischer Pflegedienste, können diese den Bedarf adäquat einschätzen und die Häufigkeit und Dauer planen und festlegen.
<b>Zu Nr. 28</b> Wir stimmen dem Vorschlag von PatV, GKV-SV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer für die Leistung „Stomabehandlung“ durch die Pflegefachkraft möglich ist.	Es ist gängige Praxis, dass Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz im Rahmen der Krankenbeobachtung und der Anwesenheit vor Ort die Wundsituation beurteilen und der/dem behandelnden Ärztin/Arzt aufgrund ihrer Erfahrung und Fachkenntnisse entsprechende Vorschläge zur Behandlung unterbreiten.
<b>Zu Nr. 29</b> Wir stimmen dem Vorschlag von PatV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer für die Leistung „Wechsel und Pflege der Trachealkanüle“ durch die Pflegefachkraft möglich ist.	Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgt schon heute durch Pflegefachkräfte unter Beachtung der fachlichen und hygienischen Standards entsprechend der situativen Notwendigkeiten vor Ort, ggf. in Absprache mit den Betroffenen und ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Logopädie.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	
05. Mai 2022	
<p><b>Zu Nr. 31 und 31 a</b> Wundversorgung</p> <p>Wir unterstützen das Votum von PatV, GKV-SV für die Leistung „Wundversorgung einer akuten Wunde“ und fordern die Ausweitung dieses Votums auch auf die „Leistung Versorgung einer chronischen schwer heilenden Wunde“.</p>	<p>Eine Pflegefachkraft verfügt über die Fachkompetenz, eine Wundbeurteilung durchzuführen und den Bedarf und die Häufigkeit eines Verbandswchsel festzulegen. Es ist schon heute gemäß QPR Frage 9.29 Aufgabe der Mitarbeitenden des Pflegedienstes, zu überprüfen, ob die von der Ärztin/vom Arzt angeordnete Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der Pflegedienst muss zudem nachweisen, dass er die Ärztin bzw. den Arzt darüber informiert hat, dass die angeordnete Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.</p>



Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

<b>Deutsches Rotes Kreuz e.V.</b>	
<b>28.04.2022</b>	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften (3)</b> Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 4a <b>regelmäßig mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen.</b> Voraussetzung für die Festlegung der</p>	<p>Das DRK befürwortet eine Streichung des Wortes „regelmäßig“.</p> <p>Natürlich soll eine Abstimmung zwischen den Beteiligten erfolgen. Jedoch soll sie auch wirtschaftlich, d.h. auf das notwendige Maß beschränkt sein.</p> <p>In den überwiegenden Fällen genügt eine einmalige Abstimmung.</p> <p>Alternativ wäre da Wort „regelmäßig“ durch das Wort „im notwendigen Maße“ zu ersetzen.</p>
<p><b>5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften (4)</b> Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: <b>spätestens nach 3 Monaten</b>] <b>stattgefunden haben</b> [KBV: -] [GKV-SV, DKG, PatV: , <b>spätestens anlässlich der Folgeverordnung.</b>]</p>	<p>Das DRK unterstützt die Forderung von GKV-SV, DKG, PatV;</p> <p>Der Arzt sollte sich vor einer Folgeverordnung (als Sachanlass) über den Zustand des Patienten informieren.</p>

<p><b>§7</b></p> <p><b>(4a)</b> Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: <b>insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft informiert die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie bei Änderungen oder nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.</b>]</p>	<p>Das DRK verweist auf die Positionierung zu §5a Abs. 3. Informationspflichten sollten auf das Notwendige beschränkt werden. Es liegt unbestritten in der Verantwortung der qualifizierten Fachkraft, die Verordnerin bei Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung zu informieren.</p> <p>Eine bedarfsgerechte anlassbezogene Abstimmung sowie nach Aufforderung ist ausreichend; auch bei längeren Verordnungszeiträumen.</p> <p>Eine Streichung des Begriffes „regelmäßig“ ist daher sachgerecht.</p>
<p><del>[GKV-SV zusätzlich: Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen.]</del></p>	<p>Das DRK sieht keine Sachgründe, warum Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen können.</p>
<p><b>Nr. 3 Ernährung</b> PatV/GKV-SV: ja DKG/KBV: nein</p>	<p>Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV.</p>

<p><b>Nr. 6: Absaugen</b> PatV/GKV-SV/DKG: ja KBV: nein</p>	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV/DKG.
<p><b>Nr. 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</b> PatV: ja GKV-SV/KBV/DKG: nein</p>	Das DRK unterstützt die Position der PatV. Die Pflegefachkraft benötigt dazu allerdings eine intensivpflegerische Qualifikation.
<p><b>Nr. 10 Blutdruckmessung</b></p>	Das DRK hält diese Leistung für einbeziehbar in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V.
<p><b>Nr. 11 Blutzuckermessung</b></p>	Das DRK hält diese Leistung für einbeziehbar in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V.
<p><b>Nr. 13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b> GKV/PatV/DKG: ja KBV: nein</p>	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV/DKG.
<p><b>Nr. 26 Ärztlich verordneten Medikamenten</b></p>	Das DRK hält diese Leistung für einbeziehbar in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V.
<p><b>28. Stomabehandlung</b> PatV/GKV-SV: ja KBV/DKG: nein</p>	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV.
<p><b>29. Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der</b> GKV-SV/KBV/DKG: nein PatV: ja</p>	Das DRK unterstützt die Position von PatV.
<p><b>31. Wundversorgung einer akuten Wunde</b> PatV/GKV-SV: ja KBV/DKG: nein</p>	Das DRK unterstützt die Position von PatV/GKV-SV.

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<b>Vorbemerkung</b>	Der bpa begrüßt, dass der G-BA entsprechend des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GWVG) in der HKP-RL die Rahmenvorgaben zu den verordnungsfähigen Maßnahmen festlegt, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des festgestellten Ordnungsrahmens über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen bestimmen können. Die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte wird hierdurch effizienter genutzt und die Versorgung des Patienten optimiert.
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Übergangsregelung in der HKP-RL zur außerklinischen Intensivpflege</p> <p>„des Leistungserbringers gehört, der die <b>Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI übernimmt trägt</b>“</p> <p>(statt „Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört“)</p>	<p>In § 1 Abs. 7 Satz 6 der HKP-RL ist festgelegt, dass für Versicherte, bei denen der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, eine Erbringung von Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur zulässig ist, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtung oder Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört.</p> <p>Mit der vorgeschlagenen Änderung kommt der G-BA der Aufforderung des BMG um Überprüfung der Regelung nach und stellt klar, dass eine Leistungserbringung nicht durch die Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI selbst erfolgt, sondern durch die Leistungserbringer, die die Versorgung übernehmen.</p> <p>Die Einfügung „Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in diesen Räumlichkeiten“ ist aus Sicht des bpa jedoch problematisch, da ein solch gesamtverantwortlicher Leistungserbringer in der Praxis nicht existiert. Die Leistungserbringer sind ausschließlich für die von ihnen jeweils erbrachten Leistungen verantwortlich. Diese werden ärztlich verordnet und verantwortet. Sowohl die Wahl des Arztes als auch der intensivpflegerischen Versorgung sowie der ggf. weiteren benötigten Leistungen / Leistungserbringer obliegt dem Patienten bzw. den Betreuern / Bevollmächtigten.</p> <p>Die Intensivpflege kann gemäß AKI-RL (§ 1 Abs. 4 Nr. 2) in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder <b>Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3</b> in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3</p>

<b>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)</b>	
<b>4.05.2022</b>	
	SGB XI erbracht werden. Ein gesamtverantwortlicher Leistungserbringer in diesen Räumlichkeiten ist nach der AKI-RL nicht vorgesehen. <b>Diese Einfügung ist deshalb zu streichen.</b>
<p>§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p> <p><b>(1) Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.</b></p>	<p>In den Tragenden Gründen geht der G-BA davon aus Regelungen darüber treffen zu können, wer die Leistung erbringen darf und führt dazu aus: „Da bei der Entscheidung des G-BA diese Rahmenempfehlungen noch nicht vorlagen, ist der G-BA bei der Festlegung der Leistungen nach § 37 Absatz 8 SGB V als Mindestvoraussetzung davon ausgegangen, dass die fachlichen Anforderungen für eine eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer nur gewährleistet sind, wenn die durchführenden Pflegefachkräfte eine mindestens 3-jährige Ausbildung vorweisen und einschlägige Berufserfahrung besitzen. Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der ambulanten pflegerischen Versorgung erfolgt.“</p> <p>Festlegungen zu den Qualifikationsvoraussetzungen für Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung stehen dem G-BA nicht zu. Diese werden ausschließlich über die Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a SGB V bestimmt. Der G-BA hat bei seiner Beschlussfassung in Vorgriff hierauf gehandelt und damit Mutmaßungen zugrunde gelegt. Der G-BA fasst seine Regelungen zu den verordnungsfähigen Leistungen auf Basis einer Mutmaßung, die aufgrund fehlender Fakten die Vorgaben der Richtlinie zur Disposition stellt. Der bpa moniert dieses Vorgehen.</p>
<p>§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p> <p><b>(2) Dabei sind die Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer aus dem Leistungsverzeichnis zu berücksichtigen.</b></p>	<p>Die im Leistungsverzeichnis enthaltenen Vorgaben zur Dauer und Häufigkeit stellen Empfehlungen dar, von denen die Verordner im Einzelfall abweichen können. In den Tragenden Gründen des Beschlusses wird explizit dargestellt, dass dies auch für die Festlegung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<p><b>Die Angabe der Häufigkeit und Dauer auf der ärztlichen Verordnung nach § 3 Absatz 2 Satz 2 dritter Spiegelstrich ist bei Verordnung dieser Leistungen nicht erforderlich.</b></p>	<p>durch die entsprechend qualifizierten Pflegefachkräfte gilt. Die Pflegefachkraft hat sich bei der Beurteilung zur Festlegung der Häufigkeit und Dauer an den Hinweisen zu orientieren, ist an diese aber nicht gebunden. Der bpa begrüßt diese Klarstellung, die den bisherigen Vorgaben an die Verordner (Ärzte) entspricht.</p>
<p>§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p> <p><b>(3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 4a regelmäßig mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen.</b></p> <p><b>Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft ist, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.</b></p>	<p>Die Abstimmung zwischen der Pflegefachkraft und dem behandelnden / verordnenden Arzt ist sachgerecht.</p> <p>Die <b>Einfügung der KBV</b> [Mehrkosten, die in Verbindung mit einer Abweichung von der ärztlichen Verordnung entstehen, gehen nicht zu Lasten der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes. Im Übrigen müssen die Pflegefachkräfte die Bestimmungen der G-BA-Richtlinien beachten.] <b>wird jedoch abgelehnt.</b> Die Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer und diese entsprechen dem pflegerischen Bedarf. Daneben werden die Festlegungen regelmäßig mit dem behandelnden Arzt abgestimmt, insofern sind etwaige Mehrkosten auch durch das Budget des Vertragsarztes zu finanzieren, so wie dies der Fall ist, wenn der Arzt die Festlegungen trifft.</p> <p>Zur Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch die Pflegefachkraft, hat diese den Zustand der Patientin / des Patienten persönlich zu begutachten. Sofern der Pflegefachkraft die Patientin / der Patient aus einer laufenden Versorgung bekannt ist, ist die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme ebenfalls möglich. Die Vorgaben entsprechen der bisherigen Voraussetzung für die Verordnung in § 3 Absatz 1 Satz 1 für die verordnenden Ärzte und sind sachgerecht.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<p>§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p> <p><del>(4) Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: spätestens nach 3 Monaten] stattgefunden haben [KBV: ] [GKV-SV, DKG, PatV: , spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]</del></p>	<p>Welchen Mehrwert dieser Arzt-Patienten-Kontakt haben soll, erschließt sich nicht. Die Einschränkung führt faktisch dazu, dass der Arzt die Pflegefachkraft bereits nach der ersten Verordnung kontrolliert und eine unabhängige Verordnung damit nur begrenzt möglich ist. Die erweiterte Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften soll die Ärzte entlasten, die Kompetenzen der Pflege stärker nutzen und die Versorgung der Patienten verbessern. Den Pflegefachkräften wird auf der einen Seite mehr Verantwortung zugesprochen und auf der anderen Seite wird diese durch die hier vorgesehenen einschränkenden Regelungen relativiert. Durch den regelmäßigen Austausch zwischen der Pflegefachkraft und dem behandelnden Arzt ist dieser fortlaufend über die festgelegten Maßnahmen informiert und kann diese mitbestimmen.</p> <p>Der Arzt-Patienten Kontakt sollte anlassbezogen erfolgen und nicht an Verordnungszeiträume geknüpft werden. Ansonsten entsteht ein regelhafter bürokratischer Aufwand für die Ärzte und Patienten, der nicht zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung beiträgt.</p>
<p>§ 5a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p> <p><del>(5) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung anzugeben.</del></p>	<p>Die Pflegefachkräfte können innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen bestimmen. Legt der behandelnde / verordnende Arzt die Häufigkeit und Dauer einer Leistung von vornherein fest, ist die Verordnung für die Pflegefachkraft vorerst bindend. Gelangt die Pflegefachkraft im Weiteren jedoch zu einer anderen Einschätzung, ist zwischen dem verordnenden Arzt und der verordnenden Pflegefachkraft eine Klärung herbeizuführen und die Verordnung anzupassen.</p> <p>Der behandelnde / verordnende Arzt kann Dauer und Häufigkeit einer Maßnahme grundsätzlich auf der Verordnung festlegen. Gelangt die Pflegefachkraft zu einer anderen fachlichen Einschätzung, so ist hierüber Einvernehmen zwischen den Beteiligten herzustellen.</p>

<b>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)</b>	
<b>4.05.2022</b>	
<p>[DKG, PatV, KBV: Insbesondere ist eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung im Rahmen des Entlassmanagements mit Blick auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung von sieben Kalendertagen grundsätzlich nicht geeignet.]</p>	<p>Die Einfügung: „Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Verordnerin oder der Verordner die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung anzugeben.“ bedarf es aus Sicht des bpa nicht, da die Pflegefachkraft die Verordnung nicht einseitig ändern kann.</p> <p>Vgl. Ausführungen zu § 7.</p>
<p style="text-align: center;"><b>§ 6</b></p> <p>a) Absatz 5 wird Absatz 4 Satz 2 und wie folgt gefasst:</p> <p><b>„Liegt bei der oder dem Versicherten Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vor, darf die Krankenkasse die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung als Sicherungspflege nicht übernehmen.“</b></p>	<p>Die Grundpflege ist bei vorliegender Pflegebedürftigkeit nicht verordnungsfähig. Gleichwohl ergeben sich daraus mehrere Probleme: Es wird ein nicht gedeckelter Anspruch auf die häusliche Krankenpflege zu Lasten einer gedeckelten Leistung der Pflegeversicherung suspendiert und somit der Anspruch auf die Grundpflege nach dem SGB V verkürzt. Gleichzeitig soll gemäß des HKP-Leistungsverzeichnisses die Grundpflege des SGB V zur Nebenleistung der Behandlungspflegeleistung werden. Voraussetzung ist folglich eine vorliegende Verordnung zur Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V und eine diesbezügliche Vereinbarungen nach § 132a Abs. 4 SGB V.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<b>§ 7</b>	
<p>Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:</p> <p>„(4a) Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner <b>unverzüglich</b> über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans.</p> <p>[GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig <b>sowie nach Aufforderung</b> über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]“</p> <p><b>Die Verordnerin oder der Verordner ermöglicht der qualifizierten Pflegefachkraft Einsicht in</b></p>	<p>Sofern eine Pflegefachkraft Maßnahmen eigenständig festlegt, informiert sie den behandelnden Arzt über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen, damit der Arzt diese Festlegungen im Rahmen seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans berücksichtigen kann.</p> <p>Die Einfügung „unverzüglich“ ist aus Sicht des bpa weder erforderlich noch verhältnismäßig und ist deshalb zu streichen. Den Pflegefachkräften wird durch das GWVG eine Verordnungskompetenz zugesprochen. Die Fachkräfte entscheiden selbstständig und eigenverantwortlich über die entsprechenden Maßnahmen und informieren den behandelnden / verordnenden Arzt. Zu welchem Zeitpunkt dies erfolgt fällt ebenfalls in die Entscheidungskompetenz der Pflegefachkräfte. Dauer und Häufigkeit einer hauswirtschaftlichen Versorgung werden beispielsweise nicht regelhaft einer unverzüglichen Mitteilung an den behandelnden / verordnenden Arzt bedürfen.</p> <p>Der bpa teilt die Maßgabe eines regelmäßigen Austausches zwischen verordnender Pflegefachkraft und verordnendem Arzt. Sofern dieser stattfindet, ist eine Aufforderung des behandelnden / verordnenden Arztes zur Information über die Wirkung der Maßnahmen zusätzlich nicht notwendig, sondern redundant. Insofern ist der Einschub „sowie nach Aufforderung“ zu löschen.</p> <p>Der behandelnde / verordnende Arzt muss im Zuge der Abstimmungen mit der Pflegefachkraft die Einsichtnahme in die Patientenakte ermöglichen. Zudem muss es den Pflegefachkräften möglich sein, die von ihnen getroffenen Festlegungen zur Dauer und Häufigkeit einzelner Maßnahmen</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<p><b>die Patientenakte sowie die Dokumentation in dieser.</b></p> <p><del>[GKV-SV, DKG, PatV: Insbesondere längere Verordnungszeiträume erfordern eine regelmäßige Informationsweitergabe über die Wirkung der verordneten Maßnahmen. Gleiches gilt, wenn die Verordnerin oder der Verordner bei der Pflegefachkraft die Wirkung der verordneten Maßnahmen erfragt.] Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: spätestens nach drei Monaten] stattgefunden haben, [KBV: um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.] [GKV-SV, DKG, PatV: spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]</del></p>	<p>in der Patientenakte zu dokumentieren. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle Beteiligten auf dem aktuellen Stand der festgelegten Maßnahmen und deren Wirkungsweise sind.</p> <p>Für den Arzt-Patienten-Kontakt ist die verordnende Pflegefachkraft nicht zuständig. Die Vorgaben der KBV und des GKV-SV sowie der DKG und PatV zur Regelung, wann ein solcher erfolgen muss (spätestens nach drei Monaten oder spätestens anlässlich der Folgeverordnung) bindet den Arzt aber nicht die Pflegefachkraft oder den Patienten und kann deshalb hier nicht verbindlicher Regelungsgegenstand sein.</p> <p>Eine Bindungswirkung für die Pflegefachkraft über den G-BA ist zudem - ohne eine unmittelbare Beteiligung der Leistungserbringerverbände - rechtlich höchst zweifelhaft. Es besteht keinerlei Möglichkeit der Mitwirkung, obwohl hier Einrichtungen der Pflege gebunden werden sollen. Der bpa lehnt ein solches Vorgehen strikt ab.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<p style="text-align: center;"><b>§ 7</b></p> <p>GKV-SV</p> <p>Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:</p> <p>„Verordnungen mit <b>erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Einzelfall im Rahmen des Entlassmanagements nicht</b> erfolgen.“</p>	<p>Die häusliche Krankenpflege kann von Krankenhausärzten im Rahmen des Entlassmanagements (§ 7 Absatz 5 HKP-RL) für sieben Kalendertage nach dem Krankenhausaufenthalt verordnet werden. Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung sind nach Auffassung des GKV-SV im Rahmen des Entlassmanagements – insbesondere mit Blick auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung von sieben Kalendertagen – nicht geeignet.</p> <p>Der bpa teilt diese Einschätzung des GKV-SV nicht. Sofern erforderlich, müssen Krankenhausärzte – im Bedarfsfall – auch Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausstellen dürfen; ansonsten kann das Entlassmanagement die Anschlussversorgung nicht ausreichend sicherstellen und es entstehen Versorgungs- / bzw. Verordnungslücken.</p>
<p>Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis)</p> <p>Zu den Nummern 1 bis 31d wird neben der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ eine Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ ergänzt.</p>	<p>Die Einfügung der zusätzlichen Spalte erleichtert den Überblick, welche Maßnahmen durch die Pflegefachkräfte fortan eigenständig festgelegt werden können.</p> <p>Laut der Tragenden Gründe hat der G-BA geprüft, welche der Pflegemaßnahmen des Leistungsverzeichnisses (LV) sich grundsätzlich für eine eigenständige Entscheidung über die Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkräfte eignen. Dabei wurden folgende Aspekte in die Bewertung einbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefahrgeneigtheit einer Kompetenzerweiterung bei der konkreten Maßnahme</li> <li>• Nähe zur pflegerischen bzw. ärztlichen Kompetenz</li> <li>• Abgrenzbarkeit der pflegerischen von der ärztlichen Verantwortung</li> </ul>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbettung in den ärztlichen Therapieplan (soweit Bestandteil der medizinischen Behandlungspflege)</li> </ul> <p>Aus der Synopse des G-BA zu den einzelnen Leistungen ergibt sich, dass die Möglichkeit zur Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine Pflegefachkraft jeweils für den Einzelfall, d. h. für die einzelne Leistung bewertet wurde. Die Anwendung der oben genannten Kriterien erscheint dabei nicht stringent. Vielmehr wird die Möglichkeit von Festlegungen durch eine Pflegefachkraft nur für einige ausgewählte Maßnahmen mit „ja“ bewertet, während der Großteil der Leistungen aus der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkräfte herausfallen soll.</p> <p><b>Beispiel Positionsnummer 15:</b> Flüssigkeitsbilanzierung zur 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. Der G-BA kommt zu dem Schluss, dass bei dieser Maßnahme keine Festlegungen durch die Pflegefachkräfte möglich sein sollten. Begründet wird dies damit, dass bei der Festlegung der Rahmenbedingungen - einschließlich Dauer und Frequenz - der ärztliche Behandlungsplan maßgebend sei, weshalb für eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachkraft kein Entscheidungsspielraum bestünde.</p> <p>Die Pflegefachkräfte arbeiten nah am Patienten und können auf gesundheitliche Veränderungen schnell reagieren, zudem besitzen sie die notwendige Kompetenz für die Durchführung der Leistung. Im Falle, dass die Pflegefachkräfte die Dauer und Häufigkeit selbst festlegen könnten, bestünde auch keine erhöhte Gefahreneigtheit, da dies mit dem behandelnden Arzt kommuniziert wird und somit in Absprache mit diesem erfolgt. Der behandelnde Arzt behält somit die medizinische Verantwortung und Möglichkeit der Einbettung in den ärztlichen Therapieplan. <b>Der bpa sieht die vom G-BA angeführten Kriterien hier - so wie auch bei weiteren Maßnahmen, vgl. unten - als nicht zutreffend an.</b></p>
Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis)	Der Beschlussentwurf sieht vor, dass sich die Pflegefachkräfte bezüglich der Festlegungen zu Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen regelmäßig mit dem behandelnden / verordnenden Arzt abstimmen. Insofern findet ein regelhafter Austausch mit einer Überprüfung der Festlegungen durch einen Arzt statt. In diesen Kontext sind die Entscheidungen (festzulegenden Maßnahmen) durch die Pflegefachkräfte einzubetten.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
<p>In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummer 1, 2, [PatV, GKV-SV: 3], 4, 5, [PatV, GKV-SV, DKG: 6], 7, [PatV: 8], 12, [PatV, GKV-SV, DKG: 13], 14, 21, 22, 27, [PatV, GKV-SV: 28], [PatV: 29], 30, [PatV, GKV-SV: 31], 31b, 31c und 31d das Wort „ja“ eingefügt.</p>	<p>Vor diesem Hintergrund erscheint die restriktive Herangehensweise des G-BA zur Festlegung der einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch die Pflegefachkräfte nicht sachgerecht, s.o. Ein Großteil der Leistungen wurde von der erweiterten Versorgungsverantwortung ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat die neue Verordnungskompetenz der Pflegefachkräfte durch das GWVG festgelegt, die Einschränkungen des G-BA auf nur einige ausgewählte Maßnahmen widerspricht dem gesetzlichen Ansinnen, die Kompetenzen der Pflege zu stärken und die Ärzte zu entlasten. Insgesamt zeigt sich, dass die Patientenvertretung und auch der GKV-Spitzenverband der Qualifikation und Kompetenz der Pflege mehr Vertrauen und Verantwortung zusprechen als die ärztlichen Vertretungen. Im Sinne der gesetzlichen Vorgaben und der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung müssen solche Ressentiments überwunden werden.</p> <p><b>- Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit</b> Der bpa hält die Verordnungsmöglichkeit durch die Pflegefachkräfte für sachgerecht <b>inklusive der Nummer 3</b>. Die Tätigkeiten werden von den Pflegefachkräften regelhaft durchgeführt und für die Festlegung von Dauer und Häufigkeit besteht ausreichend Kompetenz.</p> <p><b>- Absaugen</b> Der bpa schließt sich der Position von PatV/GKV-SV/DKG an. Da individuell und situativ gehandelt werden muss, sollte die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung über die Maßnahmen vor Ort entscheiden dürfen.</p> <p><b>- Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</b> Der bpa teilt die Auffassung der PatV. Bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts ist die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung in Bedienung und Überwachung eingewiesen. Aufgrund der Nähe zum Patienten und der Kenntnis der individuellen Versorgungssituation sollte dies in die Kompetenz der Pflege übergehen.</p> <p><b>- Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b> Der bpa unterstützt die Position von GKV-SV / PatV und DKG. Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft und fallen somit in ihre Kompetenz.</p>

<b>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)</b>	
<b>4.05.2022</b>	
	<p><b>- Stomabehandlung</b> Der bpa schließt sich dem GKV-SV und der PatV an. Die Prinzipien der allgemeinen Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung von Wunden bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt nach den entsprechenden pflegefachlichen Standards.</p> <p><b>- Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</b> Der bpa teilt die Einschätzung der PatV. Die Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung sind hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit ausreichend qualifiziert. Zudem arbeiten sie patientennah und kennen in der Regel die spezifische Versorgungssituation.</p> <p><b>- Wundversorgung einer akuten Wunde</b> Der bpa schließt sich GKV-SV und PatV an, die Pflegefachkräfte sind hierfür ausreichend qualifiziert und berufserfahren.</p>
<p style="text-align: center;">Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis)</p> <p><b>In der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ wird für die Nummer [KBV, DKG: 3], [KBV: 6], [GKV-SV, KBV, DKG: 8], 9, 10, 11, 11a, [KBV 13], 15, 16, 16a, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 24a, 25, 26, 26a, 27a, [KBV, DKG: 28], [GKV-SV, KBV, DKG: 29], [KBV, DKG: 31] sowie 31a das Wort „nein“ eingefügt.</b></p>	<p>Der bpa teilt die restriktive Auslegung der erweiterten Versorgungsverantwortung für die Pflegefachkräfte nicht. Aus unserer Sicht müssen die Positionsnummern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 (Blasenspülung)</li> <li>- 10 (Blutdruckmessung)</li> <li>- 11 (Blutzuckermessung)</li> <li>- 11a (Interstitielle Glukosemessung)</li> <li>- 13 (Drainagen)</li> <li>- 15 (Flüssigkeitsbilanzierung)</li> <li>- 19 (Richten von Injektionen)</li> <li>- 28 (Stomabehandlung)</li> </ul> <p>für die Verordnung durch die Pflegefachkräfte ebenfalls Berücksichtigung finden. Die Pflegefachkräfte sind hierfür hinreichend qualifiziert und können eine sachgerechte Einschätzung zum Bedarf (Dauer und Häufigkeit der Maßnahme) vornehmen. Die Pflegefachkraft stimmt sich über die getroffenen Festlegungen regelmäßig mit dem Arzt ab, so dass stets auch eine aktuelle Einschätzung zur medizinischen Notwendigkeit und Wirkungsweise vorliegt.</p> <p>Gleiches gilt für die <b>Positionsnummern 29 (Wechsel und Pflege der Trachealkanüle) und 31 (Wundversorgung einer akuten Wunde).</b></p>

<b>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)</b>	
<b>4.05.2022</b>	
	<p>Der bpa stimmt dem Vorschlag der PatV zu, wonach eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer für die Leistung „Wechsel und Pflege der Trachealkanüle“ durch die Pflegefachkraft möglich ist. Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgen bereits durch Pflegefachkräfte - entsprechend der situativen Notwendigkeit vor Ort sowie in Absprache mit den Betroffenen und ggf. in Zusammenarbeit mit der Logopädie.</p> <p>Unterstützt wird weiterhin das Votum von PatV und GKV-SV für die Leistung „Wundversorgung einer akuten Wunde“. Die Pflegefachkräfte verfügen über die notwendige Fachkompetenz, um die Wundbeurteilung durchführen und den Bedarf und die Häufigkeit eines Verbandswechsels festlegen zu können. Gemäß der QPR-Prüffrage 9.29 ist es bereits heute Aufgabe der Mitarbeitenden der Pflegedienste zu überprüfen, ob die vom Arzt angeordnete Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der Pflegedienst muss zudem nachweisen, dass er die Ärztin bzw. den Arzt darüber informiert, wenn die angeordnete Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.</p> <p>Der bpa bittet die genannten Positionsnummern aufzunehmen und in der neuen Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ mit „ja“ zu kennzeichnen.</p>
<b>Anpassung des Sachverzeichnisses / Streichung der Leistungsnummer 24</b>	<p>In den vorliegenden Tragenden Gründen wird zur Anpassung des Sachverzeichnisses ausgeführt, dass der G-BA mit Beschluss vom 19. November 2021 die Leistungsnummer 24 der HKP-RL gestrichen hat und deshalb die Querverweise vom Sachverzeichnis auf die Positionsnummer 24 entfernt werden sollen. Das Inkrafttreten der Änderung wird auf den 31. Oktober 2023 datiert.</p> <p>Die Streichung der Nummer 24 ist inakzeptabel. Hierauf hat der bpa bereits im Stellungnahmeverfahren zur AKI-Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege hingewiesen.</p> <p>Der G-BA hat im Beschluss aus November 2021 angeführt, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V durch den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37 c SGB V ersetzt werde. Eine fachlich konsistente Definition oder eine gesetzliche bzw. rechtliche Legaldefinition für die Leistung der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gibt es bis dato aber nicht. Es ist nicht belegt,</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
4.05.2022	
	<p>dass die außerklinische Intensivpflege dasselbe ist wie die spezielle Krankenbeobachtung und umgekehrt.</p> <p>In der HKP-Richtlinie zu Nr. 24, spezielle Krankenbeobachtung, geht - sowohl aus der Bemerkungsspalte als auch aus der Spalte Dauer und Häufigkeit - ausdrücklich hervor, dass es neben den intensivpflegebedürftigen Personen <b>weitere Personenkreise</b> gibt, für die diese Leistung verordnet werden kann.</p> <p>Die Streichung der Nr. 24 aus dem Katalog der HKP-RL, mit dem Hinweis, diese Leistung sei zukünftig Gegenstand der Leistungen nach § 37c SGB V, ist somit nicht sachgerecht. Die Verordnung der Leistung der speziellen Krankenbeobachtung in der HKP-RL - entsprechend der dort aufgeführten medizinischen Erforderlichkeit außerhalb der außerklinischen Intensivpflege - ist beizubehalten.</p> <p>Da eine Streichung der Positionsnummer mit einer Leistungseinschränkung für die Versicherten verbunden ist, muss diese Entscheidung auf fachlich wissenschaftlichen Erwägungen beruhen. Eine Einschränkung der Leistung ist aufgrund der Einführung des neuen Leistungsbereiches im Rahmen des § 37 c SGB V und des leistungsberechtigten Klientels gerechtfertigt, die vollständige Streichung aber nicht. Der bpa geht davon aus, dass es hierzu noch einen rechtlichen bzw. gerichtlichen Klärungsbedarf geben wird.</p>



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 05.05.2022

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen  
Frau Dorothee Lerch  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

---

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der  
Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit  
und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte  
nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

*Ihr Schreiben vom 07.04.2022*

Sehr geehrte Frau Lerch,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

gez.  
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3

**Anlage**



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zu dem Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

Berlin, 05.05.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

---

### Hintergrund

Der Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 07.04.2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zur vorgesehenen Änderung über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen gegeben.

Bislang ging die HKP-Richtlinie von einem Delegationsmodell aus, nach dem ärztlicherseits die Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege festzustellen (§ 3 Abs. 1), Beginn, Häufigkeit und Dauer festzulegen (§ 3 Abs. 2) und der Erfolg der verordneten Maßnahme zu prüfen ist (§ 5 Abs. 1). Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. 2021, S. 2754 ff.) wurde der G-BA beauftragt, in der HKP-Richtlinie Rahmenvorgaben zu einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen im Leistungsverzeichnis zu erlassen, bei denen erstmalig „innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens“ Pflegekräfte „selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen“ machen können (S. 2755 unter Nr. 116). Welche Anforderungen an die dafür notwendige Eignung der Pflegefachpersonen gestellt werden müssen, soll in den Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V bestimmt werden (S. 2769 unter Nr. 38 a) cc)).

### Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

In dem neu gefassten § 5a Absatz 1 HKP-RL wird auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Leistungsverzeichnis verwiesen, deren erforderliche Häufigkeit und Dauer entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können. Angesichts der unterschiedlichen Komplexität der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie und teilweiser Zusammenhänge zum Pflegeprozessgeschehen können künftig Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.

Bei der Leistungsbeschreibung **Nr. 3** (Ernährung) des Leistungsverzeichnisses teilt die Bundesärztekammer grundsätzlich die Ansicht von KBV und DKG, dass die Rahmenbedingungen einer Verabreichung von Sondennahrung eine Ärztin oder ein Arzt festzulegen hat.

Die Festlegung der Häufigkeit zur Überprüfung der Lage der Sonde sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer nur von einer Ärztin oder einem Arzt als Rahmenvorgabe erfolgen.

Bei Leistungsbeschreibung **Nr. 6** (Absaugen) unterstützt die Bundesärztekammer grundsätzlich die Ansicht der KBV, dass insbesondere bei der Bronchialtoilette die Frequenz der Durchführung durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgegeben werden muss.

Anders verhält es sich jedoch beim Absaugen der oberen Luftwege. Da es ganz überwiegend eine spontane Leistungserbringung darstellt, sollte über Frequenz und Dauer eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft entscheiden dürfen. Bei dieser Art der Leistungserbringung folgt die Bundesärztekammer der Auffassung von DKG, GKV-SV und PatV.

Die Rahmenbedingungen zu der unter **Nr. 8** aufgeführten Leistungsbeschreibung (Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung) können nur durch eine Ärztin oder einen Arzt

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

---

festgelegt werden. Pflegefachkräfte dürfen bei Änderungen der Beatmungsgeräteeinstellung, des Zubehörs sowie des Beatmungszugangs nur auf ärztliche Anordnung hin tätig werden. Insofern folgt die Bundesärztekammer der Einschätzung von KBV; DGK und GKV-SV.

Bei der **Nr. 13** (Drainagen, Überprüfen, Versorgen) hat die Festlegung der Frequenz und Dauer durch die Ärztin oder den Arzt zu erfolgen. Die Bundesärztekammer unterstützt die Auffassung der KBV.

Bei der unter **Nr. 28** aufgeführten Stomabehandlung kann die Einschätzung zur Häufigkeit und Dauer nur durch eine Pflegeexpertin bzw. einen Pflegeexperten mit spezialisierter Weiterbildung zur für Stoma- und Wundpflege erfolgen. Die für eine umfassende und wissenschaftlich basierte Stomabehandlung notwendigen Kompetenzen werden gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) im Hinblick auf die hier erforderlichen Anforderungen nicht ausreichend vermittelt. Liegt daher diese Qualifikation nicht vor, werden die Rahmenbedingungen durch eine Ärztin oder einen Arzt festgelegt. Dies betrifft zugleich **Nr. 31** (Wundversorgung einer akuten Wunde). Die Bundesärztekammer stimmt der Auffassung der KBV und der DKG zu.

Die Einschätzung der Frequenz und Dauer des Wechsels und der Pflege der Trachealkanüle **Nr. 29** kann nur durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgen. So befürwortet die Bundesärztekammer die Ansicht von KBV, DKG und GKV-SV.

#### **Zu § 5a Abs. 4 HKP-RL**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV zu § 5a Abs. 4, dass zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt spätestens nach drei Monaten stattgefunden haben muss, um die medizinische Indikation und die Wirksamkeit einer Leistung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.



## Stellungnahme des VDAB

zu Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen



VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

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

Ausschließlich per E-Mail an:  
hkp@g-ba.de

Berlin, 5. Mai 2022

**Stellungnahme zu Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Änderungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen.

Die HKP-RL sieht in § 3 Absatz 2 Satz 2 vor, dass bei Verordnung von häuslicher Krankenpflege unter anderem Beginn, Häufigkeit und Dauer der zu erbringenden Leistungen von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt angegeben werden. Mit der Änderung der HKP-RL sollen nun qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können.

Die hiermit vorgenommene Übertragung von Verantwortlichkeit ist nicht geeignet die Fachlichkeit der in der Pflege beschäftigten Fachkräfte anzuerkennen. Die Pflegefachkräfte können weiterhin nicht selbstständig über die Notwendigkeit von behandlungspflegerischen Maßnahmen entscheiden, sondern nur über deren Häufigkeit und Dauer. Damit findet keine wirkliche Kompetenzübertragung statt. Vielmehr wird die Pflegefachkraft zur Assistenz des behandelnden Arztes. Der Mehrwert für den behandelnden Arzt liegt dabei natürlich in der Zeitersparnis, jedoch erschließt sich uns nicht, wo er für die Pflegefachkräfte liegt. Insbesondere wenn die hier angestrebte Assistenzleistung zu einem erhöhten bürokratischen Mehraufwand für die Pflegefachkraft führt, da sie den Verordner immer unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen informieren muss.

Wie wenig Wertschätzung der pflegefachlichen Expertise entgegengebracht wird zeigt sich auch darin, dass die Dauer und Häufigkeit der verordneten Leistungen für die Pflegefachkraft bindend sind, wenn

Seite 1/2

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDE33XXX  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398



ein Arzt diese festgestellt hat. Die fachlichen Einschätzungen der Pflegefachkräfte werden demnach negiert. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Sachbearbeiter der Krankenkassen bislang keinerlei pflegefachlicher / medizinischer Ausbildung bedürfen um einschätzen zu können ob die Dauer und oder Häufigkeit von verordneten HKP-Leistungen angemessen sind und entsprechend Kürzungen vornehmen können.

Die hier getroffenen Regelungen können daher nicht als ein ernsthafter Versuch der Kompetenzübertragung und damit der Aufwertung des Pflegefachberufes gewertet werden. Vielmehr werden die Regelungen zu einer weiteren Bürokratisierung in der Pflege führen und die Bereitschaft verringern, solche Aufgaben überhaupt erst zu übernehmen.

Da wir diese Regelungen für ungeeignet halten, verzichten wir auf eine Stellungnahme im Detail.

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

Mit freundlichen Grüßen

Bundesgeschäftsführung VDAB e.V.

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Zur Änderung der HKP-RL</b>	
<p><b>§ 5a Abs. 4</b></p> <p>Die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung „spätestens anlässlich der Folgeverordnung“ hält der Deutsche Caritasverband für entbehrlich. Die Ergänzung sollte deshalb gestrichen werden.</p> <p>Wir schlagen zudem vor, die Formulierung „persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt“ dahingehend zu präzisieren, dass ein Kontakt auch per Video oder Telefon möglich ist. Die Formulierung sollte daher lauten „persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, auch durch Nutzung audiovisueller Kommunikationstechnologien“. Alternativ könnte „persönlicher“ gestrichen werden.</p>	<p>Mit der Formulierung „zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung“ ist ein zeitlicher Rahmen abgesteckt, der unseres Erachtens den Zeitpunkt der Folgeverordnung mit enthält. Eine weitere Präzisierung, wie von GKV-SV, DKG, PatV vorgeschlagen, ist deshalb nicht erforderlich.</p> <p>Die Formulierung „persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt“ legt nahe, dass der Patient/die Patientin den Arzt/die Ärztin in der Praxis aufsuchen muss oder aber ein Hausbesuch erfolgt. Es muss klargestellt werden, dass das Kriterium des persönlichen Kontakts auch erfüllt ist, wenn dieser durch Videosprechstunde etc. erfolgt. Gerade bei Verordnungen, bei denen absehbar ist, dass „routinemäßig“ Folgeverordnungen über einen längeren Zeitraum erforderlich sind, ohne dass dafür eine regelmäßige persönliche Inaugenscheinnahme des Patienten/der Patientin erforderlich ist, sollten audiovisuellen Kommunikationstechnologien oder auch Kontakte per Telefon verstärkt genutzt werden.</p>

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
<b>§ 7 Abs.4a</b> Die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV lehnen wir ab. Eine zusätzliche Regelung „insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen“ ist aus unserer Sicht nicht erforderlich.	Die in § 4a (neu) getroffene Regelung ist aus unserer Sicht auch ohne die Ergänzung von GKV-SV, DKG, PatV vollkommen ausreichend, um eine wechselseitige Verständigung und Information zwischen den entsprechend qualifizierten Pflegekräften und den verordnenden Ärztin_innen zu gewährleisten. Einer zusätzlichen Regelung für „längere Verordnungszeiträume“ bedarf es nicht, zumal hier offenbleibt, wann konkret ein „längerer Verordnungszeitraum“ bzw. „längere Verordnungszeiträume“ bestehen.
<b>Zum Leistungsverzeichnis</b>	
<b>Nr. 1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit i.V. mit Nr. 3 Ernährung</b> Wir befürworten die Festlegung von Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen im Bereich Ernährung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV, GKV-SV, DKG an.	Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung können auch für den Bereich Ernährung inkl. parenterale Ernährung über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen. Durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin sind Pflegefachkräfte mit den konkreten Bedürfnissen und Bedarfen ihrer Patient_innen vertraut und können diese im Rahmen der Verordnung entsprechend berücksichtigen. Grundsätzlich möchten wir hier und auch für die folgenden Leistungen, zu denen wir Stellung nehmen, darauf hinweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erfolgt grundsätzlich innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens. Die Pflegefachkraft entscheidet also nicht, <i>ob</i> eine Leistung verordnet wird, sondern kann bei ausgewählten Leistungen lediglich die Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen festlegen.</li> <li>• Da in den Änderungen der HKP-RL auch die Kommunikation und der Informationsaustausch mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt geregelt ist (s. z.B. § 5a, Abs. 3 [neu] sowie § 7, Abs. 4a [neu]), können aus ärztlicher Sicht notwendige Anpassungen, falls erforderlich, jederzeit vorgenommen werden.</li> <li>• Zudem enthält § 5a, Absatz 5 (neu) eine Ausnahmeregelung für den Fall, dass wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine</li> </ul>

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
	Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sprechen. Wenn nach Einschätzung der Ärztin/des Arztes eine engmaschige ärztliche Begleitung bzw. häufige und wiederholte (Neu)einschätzungen der Entwicklung des Gesundheitszustandes erforderlich sind, kann die Ärztin/der Arzt Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung angeben.
<p><b>Nr. 3 Ernährung</b></p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen im Bereich Ernährung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV und GKV-SV an.</p>	s. Begründung zu Nr. 1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit
<p><b>Nr. 6 Absaugen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absaugen der oberen Luftwege</li> <li>- Bronchialtoilette (Bronchiallavage)</li> </ul> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen im Bereich Absaugen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV, GKV-SV, DKG an.</p>	<p>Da bei dieser Leistung eine sehr individuelle und z.T. auch spontane Leistungserbringung erforderlich ist, sollten entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung über Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen entscheiden dürfen.</p> <p>Den Argumenten des KBV, dass es sich bei einer Bronchialtoilette um einen Risikofaktor für einen beatmungsassoziierte Pneumonie handle und Häufigkeit und Dauer der Maßnahme seitens des Arztes/der Ärztin je nach Indikation und Entwicklung des Gesundheitszustandes individuell abzuwägen seien, können wir in diesem Zusammenhang nicht folgen.</p> <p>Zum einen sollte ein evtl. erhöhtes Infektionsrisiko bei unsachgemäßer <i>Durchführung</i> (hier: beatmungsassoziierte Pneumonien) nicht per se gegen eine Verordnung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sprechen.</p> <p>Zum anderen verweisen wir auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
<p><b>Nr. 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</b></p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen der PatV an.</p>	<p>Aufgrund der genauen Kenntnis der individuellen Versorgungssituation sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte in der Lage, ggf. auch in Abstimmung mit dem Patienten/der Patientin oder deren Vertreter_innen die Häufigkeit und Dauer der Leistungen in diesem Bereich festzulegen. Wir gehen im Weiteren davon aus, dass bei beatmungspflichtigen Patient_innen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege Pflegefachkräfte eingesetzt werden, die über entsprechende Fachkenntnisse verfügen, um die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes einschätzen zu können.</p> <p>Wenn eine darüberhinausgehende engmaschige Einbeziehung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin erforderlich ist, so kann dies entsprechend festgelegt werden.</p>
<p><b>Nr. 11 Blutzuckermessung</b></p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch bei der Blutzuckermessung eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>	<p>Aufgrund der genauen Kenntnis der individuellen Besonderheiten sowie der Lebenssituation der von ihnen versorgten Patient_innen sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte in der Lage, Häufigkeit und Dauer der Blutzuckermessung festzulegen.</p> <p>Pflegefachkräfte kennen die Blutzuckerwerte der von ihnen versorgten Patient_innen über einen längeren Zeitraum und sind so z.B. auch über BZ-Schwankungen informiert, aus denen nicht zwingend eine Veränderung Medikation resultiert, die aber dennoch eine längerfristige und engmaschigere begleitende Kontrolle erforderlich machen können.</p>
<p><b>Nr. 13 Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b></p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen bei der Überprüfung und Versorgung von Drainagen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen</p>	<p>Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sind u.a. durch die tägliche Nähe zum Patienten/zur Patientin in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen bei der Versorgung und Überprüfung von Drainagen nach individuellen Parametern einzuschätzen.</p> <p>Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Drainagen im onkologischen Bereich durchaus eine lange Liegedauer haben können, ohne dass sich größere Anpassung hinsichtlich der Überprüfung und Versorgung im Versorgungsverlauf ergeben</p>

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
uns den Ausführungen von PatV, GKV-SV, DKG an.	(z.B. Aszites-Drainagen bei Tumorerkrankungen des Bauchfells).  Wir verweisen zudem auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.
<p><b>Nr. 23 Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</b></p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch bei der Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>	<p>Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sind u.a. durch die tägliche Nähe zum Patienten/zur Patientin in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen zur Katheterisierung der Harnblase einzuschätzen.</p> <p>Dies gilt insbesondere mit Blick auf einen notwendigen Katheterwechsel in ggf. individuell zu bestimmenden Intervallen und individuell abzustimmende Häufigkeiten bei der transurethralen Dauerkatheterisierung.</p> <p>Wenn eine darüberhinausgehende engmaschige Einbeziehung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin erforderlich ist, so kann dies entsprechend festgelegt werden.</p> <p>Wir verweisen auch hier auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>
<p><b>Nr. 26 Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</b></p> <p><b>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten</b></p> <p><b>2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten</b></p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch beim Richten und Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten eine Bestimmung der Häufigkeit und Dauer der Leistungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>	<p>Durch ihre Nähe zum Patienten/zur Patientin können Pflegekräfte sehr gut einschätzen, ob und inwiefern Patient_innen Unterstützung beim Richten und bei der Einnahme von Medikamenten benötigen.</p> <p>In der Praxis ist es oft die Pflegefachkraft, die die Ärztin/den Arzt darauf hinweist, dass Patientinnen oder Patienten die verordneten Medikamente nicht korrekt einnehmen und so z.B. eine tägliche Verabreichung erforderlich ist oder aber Medikamente täglich gerichtet werden müssen.</p> <p>Der Grad der Selbständigkeit der Patient_innen beim Umgang mit ärztlich verordneten Medikamenten kann sich zudem über die Zeit verändern. Fähigkeiten beim Umgang mit Medikamenten können verloren gehen oder – umgekehrt – sich z.B. durch die Entwicklung bestimmter Routinen verbessern. Solche Veränderungen oder Entwicklungen können zuerst durch die Pflegefachkraft festgestellt werden.</p> <p>Gerade das Richten und Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten ist aus unserer Sicht deshalb ein</p>

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
	<p>Bereich, der besonders gut für eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte geeignet ist.</p> <p>Wir verweisen im Weiteren auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>
<p><b>28. Stomabehandlung</b></p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen zur Stomabehandlung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV und GKV-SV vollumfänglich an.</p>	<p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer einer Stomabehandlung unter Berücksichtigung der individuellen Erfordernisse und der Lebenssituation der Patientin/des Patienten einzuschätzen.</p> <p>Wir sehen bei der Stomabehandlung zudem keinen grundlegenden Unterschied zur Leistung Nr. 30, Pflege des zentralen Venenkatheters bzw. Nr. 27, Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG). Wenn bei diesen Leistungen die Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft befürwortet wird, dann sollte dies – mit vergleichbaren Argumenten – auch für die Stomabehandlung möglich sein.</p> <p>Bei Wundheilungsstörungen/akuten Veränderungen, aus denen sich möglicherweise eine Änderung der Dauer oder der Frequenz der Stomabehandlung ergeben könnte, wäre ohnedies eine zeitnahe Information des Arztes/der Ärztin erforderlich. Dementsprechend könnte dann die Verordnung angepasst werden.</p> <p>Wir verweisen im Weiteren auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>
<p><b>29. Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der</b></p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen zum Wechsel und zur Pflege von Trachealkanülen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte</p>	<p>Aufgrund der genauen Kenntnis der individuellen Pflegesituation sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Leistungen in diese Bereich einzuschätzen und können dadurch z.B. auch individuell erforderliche Wechselintervalle adäquat berücksichtigen.</p>

<b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>	
<b>05. Mai 2022</b>	
und schließen uns den Ausführungen der PatV an.	
<p><b>31. Wundversorgung einer akuten Wunde</b></p> <p>Wir befürworten die Festlegung der Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Maßnahmen bei der Wundversorgung einer akuten Wunde durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte und schließen uns den Ausführungen von PatV/GKV-SV vollumfänglich an.</p>	<p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin und – damit verbunden – die Möglichkeit, den Wundheilungsverlauf vor Ort zu beobachten, sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Versorgung einer akuten Wunde festzulegen.</p> <p>Wir verweisen im Weiteren auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zu Nr. 1 Grundpflege bzw. Nr. 3 Ernährung.</p>
<p><b>Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b></p> <p>Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte auch bei der Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde die Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer der Leistungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte möglich sein.</p>	<p>Die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde erfolgt immer in enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt. Dennoch sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin, verbunden mit der Möglichkeit, den Wundheilungsverlauf vor Ort zu beobachten, sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde festzulegen.</p> <p>Gerade bei chronischen und schwer heilenden Wunden müssen nicht nur einzelne individuelle Faktoren, die die Wundheilung beeinflussen, in den Blick genommen werden, sondern die gesamte Lebenssituation der Patientin/des Patienten. Dies ist aus unserer Sicht vor allem im Rahmen der täglichen Versorgung sowie der allgemeinen Krankenbeobachtung möglich.</p>

Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

AWO Bundesverband e.V.	
05.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>Zu §5a Abs. 1 Tragende Gründe</b></p> <p><b>Streichung von „ambulanten“</b></p> <p>3. Absatz Satz 1</p> <p>Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der <del>ambulanten</del> pflegerischen Versorgung erfolgt.</p>	<p>Für die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen wird der Ort des Erwerbs von Berufserfahrung als irrelevant angesehen und hierzu eine textliche Streichung gefordert.</p> <p>Für die Entwicklung von Fach- und Entscheidungskompetenz ist der Ort der Berufstätigkeit unerheblich. Unterschiedliche Tätigkeitsfelder steigern die Kompetenz statt ihr entgegenzuwirken. Der AWO Bundesverband sieht daher eine Differenzierung nach Tätigkeitsfeldern beim Erwerb von Berufserfahrung als Voraussetzung für die Bestimmung von Häufigkeit und Dauer verordnungsfähiger Maßnahmen als nicht sachgerecht an.</p>
<p><b>Zu §5a Absatz 3</b></p> <p><b>Streichung von „regelmäßig“</b></p> <p>(3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe</p>	<p>Der AWO Bundesverband regt an, Ausführungen zur Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordner*in an einer Stelle zu bündeln. Aktuell finden sich Ausführungen hierzu u.a. in §5 Absatz 3, in §7 Absatz 1, in §7 Absatz 2 und in §7 Absatz 4a (neu). Eine Bündelung in einem Paragraphen und in wenigen Absätzen führt zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen.</p> <p>Inhaltlich ist der Aspekt der Abstimmung und Information über die vorgenommenen Festlegungen durch die qualifizierte Pflegefachkraft mit der Verordner*in bereits in §7 Absatz 4a (neu) aufgegriffen und klar geregelt. Vor diesem Hintergrund ist lediglich der Verweis auf §7 Absatz 4a, aber keine weiterführende Norm an dieser Stelle auszuführen. Das Wort</p>

AWO Bundesverband e.V.	
05.05.2022	
des § 7 Absatz 4a <del>regelmäßig</del> mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer ...	„regelmäßig“ ist zu streichen.
<b>Zu § 5a Absatz 4</b> Streichung von Absatz 4: <del>„Zwischen der Vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</del>	Die Regelungen zur Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte sind unabhängig vom Arzt-Patienten Kontakt zu treffen.  Inwiefern sich die Ärztin / der Arzt über die Wirksamkeit der Therapie in einem persönlichen Kontakt mit der*dem Patient*in überzeugt, liegt in ihrer/seiner Verantwortung. Hierzu besteht kein Einfluss seitens des Pflegedienstes oder der qualifizierten Pflegefachkraft.  Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Abs. 1 der RL HKP sind ausreichend. Absatz 4 des Paragraphen 5a ist gänzlich zu streichen.
<b>Zu § 6 Abs. 2 Satz 2</b> <b>Ergänzung von „sowie den Pflegedienst“</b> Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner <b>sowie den Pflegedienst</b> über die Gründe zu informieren.	Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang von der Krankenkasse genehmigt, so ist nicht nur die *der Verordner*in zu informieren, sondern direkt von der Krankenkasse auch der Pflegedienst.  Die Information ist zeitgleich an alle Akteure im Versorgungsgeschehen zu übermitteln, u.a. um auch eine Abstimmung zur weiteren Versorgung des Versicherten zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordner*in zu gewährleisten.
<b>Zu § 6 Absatz 4</b>	Die Änderung ist sachgerecht.
<b>Zu § 7 Absatz 4a</b>	Der AWO Bundesverband spricht sich gegen die Ergänzung von

AWO Bundesverband e.V.	
05.05.2022	
<p>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. <del>[GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]</del></p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV aus.</p> <p>Für längere Verordnungszeiträume sind die Regelungen nach § 7 Absatz 2 angemessen und ausreichend für die Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordner*in. Weitere Verpflichtungen erhöhen die Bürokratie und binden Ressourcen, die weder in den Arztpraxen noch in den Pflegediensten vorhanden sind.</p>
<p>Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich?</p> <p>Ja bei den Nummern:</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24a, 26, 27, 27a, 28, 29, 30, 31, 31a, 31b,</p>	<p>Der AWO Bundesverband spricht sich für folgende Nummern für eine Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft aus:</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24a, 26, 27, 27a, 28, 29, 30, 31, 31a, 31b, 31c, 31d</p>

AWO Bundesverband e.V.	
05.05.2022	
31c, 31d	
<p>Ergänzung des Leistungsverzeichnisses:</p> <p>Fallbesprechung</p>	<p>Der AWO Bundesverband regt folgende Erweiterung des Leistungsverzeichnisses an:</p> <p>Fallbesprechungen zwischen Verordner*in und qualifizierter Pflegefachkraft sind sowohl im Kontext der Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V, aber auch im Rahmen aller Leistungen in der häuslichen Krankenpflege erforderlich. Besonders deutlich wird dies bei Leistung Nr.24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten und bei der palliativen Ausrichtung der HKP:</p> <p>Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss.</p> <p>Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen.</p> <p>Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, dass den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig. auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt nach § 87b Absatz 1b SGB V. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z.B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von</p>

AWO Bundesverband e.V.	
05.05.2022	
	<p>der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein.</p>
Ergänzung des Leistungsverzeichnisses: Videosprechstunde	<p>Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass auch im häuslichen Bereich die technische Unterstützung für die Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt.</p> <p>Auch für die verordnungsfähigen Leistungen gemäß HKP-Richtlinie ist zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach §37 Abs.2 SGB V diese neue Möglichkeit in das Leistungsverzeichnis einzubinden. Hierbei ist die pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort aufzunehmen.</p>

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

<b>Bundespflegekammer e.V. (BPfK)</b>	
<b>04.05.2022</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Zu „3. Ernährung beinhaltet: [...]“:  <b>+BPfK: ja</b>	Der Arzt verordnet sicherlich die entsprechende Nahrung, nachdem diese durch eine angestellte Pflegefachkraft des Zulieferers entsprechend berechnet und empfohlen wurde.
Zu „6. Absaugen [...] PatV/GKV-SV/DKG: Da bei dieser Leistung eine individuell sehr unterschiedliche und spontane Leistungserbringung [...] vor Ort dies entscheiden dürfen.“:  <b>+BPfK: Es gehört zu den Aufgaben von Pflegefachkräften, Pneumonieprophylaxe durchzuführen sowie in diesem Bereich zu beraten, wenn Risikofaktoren dazu vorliegen.</b>	Siehe linke Spalte.
Zu „11. Blutzuckermessung“:  <b>+BPfK: ja</b>	Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann, im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie.
Zu „13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen [...] GKV-SV/PatV/DKG: Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung [...] vor Ort über die Häufigkeit und ggf. über die Dauer entscheiden“:  <b>+BPfK</b>	BPfK vertritt gleiche Position.
Zu „18. Injektionen“:  <b>+Insulin s.c. +BPfK: Ja</b>	Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann. Therapieplan muss weiterhin Aufgabe des Arztes sein.

<p>Zu „26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) 1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume 2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume, [...]“:</p> <p><b>+BPfK: Ja</b></p>	<p>Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann. Therapieplan muss weiterhin Aufgabe des Arztes sein.</p>
<p>Zu „28. Stomabehandlung [...]:GKV-SV/PatV: Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung [...] kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.“</p> <p><b>+ /BPfK</b></p>	<p>BPfK vertritt gleiche Position.</p>
<p>Zu „29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege [...] PatV: In der Praxis ist [...] auch in Abstimmung mit der Logopädie.“</p> <p><b>+ /BPfK</b> <b>+BPfK: Als Folgeverordnung schon, da die Pflegefachkraft es einschätzen kann, ob der Patient die Leistungserbringung selbstständig durchführen kann.</b></p>	<p>BPfK vertritt gleiche Position.</p>
<p>Zu „31. Wundversorgung einer akuten Wunde [...]GKV-SV/PatV: Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung von akuten nicht chronischen Wunden erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung kann daher Frequenz und Dauer einschätzen.“:</p> <p><b>+ /BPfK</b> <b>+ BPfK: Arzt muss informiert werden</b></p>	<p>BPfK vertritt gleiche Position.</p>
<p>Zu „Bürokratiekostenermittlung“:</p> <p><b>BPfK: Muss dringend ermittelt und refinanziert werden und abrechnungsfähig sein</b></p>	<p><b>Siehe linke Spalte.</b></p>

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband	
05.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	<p>Neben den Leistungen der HKP kann auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V verordnet und erbracht werden. In diesen Fällen entfällt die Leistung 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses. Der SAPV-Leistungserbringer, bestehend insbesondere aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften, erbringt die SAPV-Leistungen einschließlich der Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Daher sind in diesen Fällen die Festlegungen der Maßnahmen durch die Pflegekräfte nicht nur mit dem jeweiligen Vertragsarzt/der Vertragsärztin, sondern auch mit dem SAPV-Team abzustimmen.</p> <p>Dies betrifft insbesondere alle Maßnahmen der Behandlungspflege, die für die Symptomkontrolle relevant sind, aber auch alle pflegerischen Maßnahmen des HKP-Leistungsverzeichnisses, die im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel durch die SAPV-Ärztin oder den SAPV-Arzt erbracht werden.</p>
Nr. 3 Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei Sondennahrung	Die Festlegung sollte nicht durch die Pflegefachkraft erfolgen. Wir stimmen daher dem Vorschlag der KBV/DKG zu. Anpassung oder Abweichungen vom Behandlungsplan erfolgen durch die/den behandelnde(n) Ärzt*in. Dies ist insbesondere im Rahmen der Palliativversorgung unbedingt erforderlich.
Nr. 6 Absaugen der oberen Atemwege	Der DHPV würde hier differenzieren. Hinsichtlich des Absaugens der oberen Luftwege stimmen wir der PatV/GKV-SV/DKG zu (Festlegung kann durch die Pflegefachkraft erfolgen), weil die Pflegefachkraft akut auf die jeweilige Situation reagieren muss. Hinsichtlich der Bronchialtoilette (Bronchiallavage) stimmen wir der KBV zu (Festlegung sollte nicht durch die Pflegefachkraft

<b>Deutscher Hospiz- und Palliativverband</b>	
<b>05.05.2022</b>	
	erfolgen), weil es ein therapeutischer Eingriff ist und die Verantwortung beim Arzt/der Ärztin verbleiben sollte.
Nr. 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	Die Festlegung sollte nicht durch die Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt hier der Auffassung der GKV/KBV/DKG zu und verweist auf die dortige Begründung.
Nr. 13 Drainagen, Überprüfen, Versorgen	Die Festlegung könnte durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt hier der GKV/PatV/DKG zu, da nicht in die Behandlung eingegriffen wird.
Nr. 24a Hinsichtlich der Regelung zur Leistungsbeschreibung Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten) sehen wir diese als sachgerecht an und haben keine Änderungsvorschläge.	Die Dauer und die Häufigkeit sollte vom Bedarf abhängig gemacht werden analog zu der Regelung in der SAPV. Eine Festlegung kann somit nicht einmalig vom Arzt/von der Ärztin erfolgen, sondern muss aufgrund des Symptommgeschehens fortlaufend angepasst werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Festlegung durch die Pflegefachkraft erfolgen unter der Voraussetzung, dass diese eine Palliative Care-Zusatzqualifikation hat. Liegt eine solche nicht vor, sollte es bei der Festlegung durch den Arzt/die Ärztin verbleiben.
Nr. 28 Stomabehandlung	Die Festlegung kann durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt der PatV/GKV zu und verweist insofern auf die dortige Begründung.
Nr. 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege	Die Festlegung sollte nicht durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt hier der GKV/KBV/DKG zu und verweist auf die dortige Begründung.
Nr. 31 Wundversorgung einer akuten Wunde	Die Festlegung kann durch eine Pflegefachkraft erfolgen. Der DHPV stimmt der PatV/GKV unter der Voraussetzung zu, dass die entsprechenden Fachkenntnisse zur „Wundversorgung“ vorliegen.

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Zu § 5a Absatz 1 Tragende Gründe</b>	<p><b>Ausgangslage</b> In den tragenden Gründen führt der G-BA aus, dass er sich umfassend mit den Grundlagen der Pflegeausbildung auseinandergesetzt hat, um zu beurteilen, bei welchen Maßnahmen die Dauer und Häufigkeit durch Pflegefachkräfte festgelegt werden können. Dabei bezieht sich der G-BA auf die Stellungnahme der Abteilung Fachberatung Medizin. In der vergleichenden Darstellung der gesetzlichen Qualifizierungsvorgaben/Ausbildungsinhalte für Pflegefachkräfte, wird neben dem ab dem 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) das bereits am 31. Dezember 2019 außer Kraft getretenen Krankenpflegegesetz (KrPflG) und das ebenfalls am 31. Dezember 2019 außer Kraft getretene Altenpflegegesetz (AltPflG) für die Beurteilung der Kompetenzen herangezogen.</p> <p><b>Methodische Kritik am Vorgehen der Abteilung Fachberatung Medizin des G-BA</b> Beim Vergleich der Kompetenzbereiche werden neben der hochschulischen Ausbildung und der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann die Sonderformen „Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (§ 26 PflBG)“ und zur „Altenpflege (§ 28 PflBG)“ berücksichtigt. Diese sind aus unserer Sicht entbehrlich, da sie nach § 62 PflBG bis zum 31. Dezember 2025 unter Evaluationsvorbehalt stehen. Die erweiterten Ausbildungsziele in der hochschulischen Ausbildung nach § 37 PflBG und die nach § 14 PflBG erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben werden vernachlässigt. Bei der Auswahl der Hauptkompetenzen wurden die Einzelkompetenzen nicht in ausreichender Tiefe berücksichtigt. Die Hauptkompetenz „Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen“ ist in der Rahmenrichtlinie der Fachkommission (nach § 53 PflBG) bedeutend weiter aufgefächert. Erst auf dieser Ebene lassen</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
	<p>sich die Kompetenzen bestimmen, die zur Übernahme der Festlegung von Dauer und Häufigkeit von verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte notwendig sind. Unterstützende Einzelkompetenzen aus anderen Hauptkompetenzbereichen werden in der Stellungnahme gar nicht berücksichtigt. In der Folge wird dann argumentiert, dass es in Deutschland 1.150 Pflegeschulen und 30 Hochschulen mit eigenen Curricula gibt und diese nicht berücksichtigt wurden, da kein auftragsbezogener Erkenntnisgewinn zu erwarten war.</p> <p><b>Alternativvorschläge</b> Wir regen an, sich bei der Kompetenzbeurteilung (zunächst) ausschließlich auf das Pflegeberufegesetz zu beziehen. Im weiteren Verlauf können Kriterien für den Bestandschutz der Absolvent*innen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz formuliert werden. Betrachtet man die während der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann und in der hochschulischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen, bilden diese den Rahmen für Pflegefachkräfte – um nach der abgeschlossenen Ausbildung – die Dauer und Häufigkeit ärztlich verordneter Maßnahmen selbstständig und eigenverantwortlich festzulegen.</p>
<p><b>Zu § 5a Absatz 3</b> Der Bezug zu § 7 Absatz 4a ist durch § 7 Absatz 2 zu ersetzen. Außerdem ist das Wort „regelmäßig“ zu streichen. (3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 2 <del>regelmäßig</del> mit der Verordnerin oder dem</p>	<p>Der Diakonie Deutschland empfiehlt, Ausführungen zur Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin bzw. Verordner an einer Stelle zu bündeln. Aktuell finden sich Ausführungen hierzu u. a. in § 5 Absatz 3, in § 7 Absatz 1, in § 7 Absatz 2 und in § 7 Absatz 4a (neu). Eine Bündelung in einem Paragraphen und in wenigen Absätzen führt zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Inhaltlich ist der Aspekt der Abstimmung und Information über die vorgenommenen Festlegungen durch die qualifizierte Pflegefachkraft mit der Verordnerin oder dem Verordner bereits in § 7 Absatz 2 aufgegriffen und klar geregelt. Vor diesem Hintergrund ist lediglich der Verweis auf § 7 Absatz 2, aber keine weiterführende Norm an dieser Stelle auszuführen. Das Wort „regelmäßig“ ist zu streichen.</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
Verordner abzustimmen. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer ...	
<b>Zu § 5a Absatz 3: Tragende Gründe</b> Streichung des Einschubs der KBV	Der Einschub der KBV ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, da ja im Satz 6 steht, dass es einer Verständigung aller Beteiligten bedarf und die medizinische Verantwortung bei der Ärztin oder bei dem Arzt liegt, daraus ergibt sich, dass auch die Verantwortung für etwaige Mehrkosten bei den Medizinern liegt.
<b>Zu § 5a Absatz 4</b> Streichung von Absatz 4 <del>„Zwischen der Vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</del>	Die Regelungen zur Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte sind unabhängig vom Arzt-Patienten Kontakt zu treffen. Der Pflegedienst hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt-Patienten Kontakts. Die Verantwortung für die Ausgestaltung der Arzt-Patienten Beziehung und die Häufigkeit der persönlichen Kontakte liegt bei den beiden Akteuren selbst (Arzt und Patient). Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Absatz 1 der RL HKP sind ausreichend. § 5a Absatz 4 neu ist deshalb ganz zu streichen.
<b>Zu § 6 Absatz 2 Satz 2 Ergänzung von „sowie den Pflegedienst“</b> Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner <b>sowie den Pflegedienst</b> über die Gründe zu informieren.	Der Pflegedienst als Leistungserbringer muss sich zusammen mit der qualifizierten Pflegefachkraft über die weitere Versorgung mit der Verordnerin oder dem Verordner abstimmen, wenn die verordneten Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt werden. Die Information ist zeitgleich an alle Akteure im Versorgungsgeschehen zu übermitteln, u. a. um auch eine Abstimmung zur weiteren Versorgung des Versicherten zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin oder Verordner zu gewährleisten.
<b>Zu § 7 Absatz 4 a</b> Absatz 4a ist ersatzlos zu streichen, da die Inhalte bereits in § 7 Absatz 2 abgedeckt sind.	Aus unserer Sicht ist § 7 Absatz 2 vollkommen ausreichend, es bedarf keiner weiteren Konkretisierung der Arzt-Patienten-Kontakte, die Pflegefachkräfte sind bereits jetzt aufgefordert

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
<p>Hilfsweise kann § 7 Absatz 2 um den hier vorgeschlagene Satz 1 ergänzt werden. Den Ergänzungsvorschlag von GKV-SV, DKG und PatV lehnen wir ab. <del>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich: Insbesondere bei längeren Ordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]</del></p>	<p>jede wesentliche Änderung beim Patienten der Verordnerin oder dem Verordner mitzuteilen. Hilfsweise kann § 7 Absatz 2 um den hier vorgeschlagenen Satz 1 ergänzt werden.</p> <p>Ein routinemäßiger, regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass wie in Satz 2 vorgeschlagen ist nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen (Zeit und Personal). Weder die verordnenden Ärztinnen und Ärzte noch die qualifizierten Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste haben dafür die Ressourcen.</p>
<p><b>Zu § 7 Absatz 5</b> Ablehnung des Einschubs des GKV-SV zusätzlich <del>Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen</del></p>	<p>Aus unserer Sicht ist auch das Entlassmanagement für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet, da sich die Eignung der Pflegefachkräfte nicht auf die Verordnungsdauer bezieht, sondern auf die Häufigkeit und Dauer der notwendigen Maßnahmen, die von den Pflegefachkräften im Krankenhaus auf Grund Ihrer</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
<del>des Entlassmanagements nicht erfolgen.</del>	Ausbildung und des häufigeren Patien:innenkontaktes deutlich besser einschätzen können als Mediziner.
<b>Zum Leistungsverzeichnis:</b>	
Zustimmung zu den Einschätzungen aller Bänke des G-BA zu den Nummern 1, 2, 4, 5, 7, 12, 14, 21, 22, 27, 30, 31b, 31c, 31d	Auch unserer Auffassung nach ist eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer ist hier bei allen hier aufgeführten Nummern durch die Pflegefachkraft angezeigt bzw. möglich.
<b>Zu Nr. 3 Ernährung</b> Wir schließen uns der Auffassung der PatV und des GKV-SV an. Wir befürworten eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft.	Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung können auch für den Bereich Ernährung inkl. parenterale Ernährung über Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen. Durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin sind Pflegefachkräfte mit den konkreten Bedürfnissen und Bedarfen ihrer Patientinnen und Patienten vertraut und können diese im Rahmen der Verordnung entsprechend berücksichtigen.
<b>Zu Nr. 6 Absaugen</b> - <b>Absaugen der oberen Luftwege</b> - <b>Bronchialtoilette (Bronchiallavage)</b>  Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV, GKV-SV und DKG an und befürworten eine Festlegung der Dauer und der Häufigkeit durch die Pflegefachkraft.	Die Leistungen erfolgen aufgrund der Indikation im Sinne der HKP-RL in der Regel situationsgerecht bei Bedarf. Ein konkreter Zeitpunkt oder die Häufigkeit pro Tag kann von ärztlicher Seite bei dieser Patientengruppe in der häuslichen Versorgung regelhaft nicht genau im Voraus bestimmt werden. Die Leistungserbringung erfolgt nach Bedarf und kann ggf. unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden z. B. bei Verlegung der Atemwege durch Trachealsekret.
<b>Zu Nr. 8 Beatmungsgerät Bedienung und Überwachung</b>  Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV an. Wir befürworten eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft.	Auch hier gilt wie bei allen im Kontext von § 37 Absatz 8 SGB V diskutierten Leistungen: Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erfolgt grundsätzlich innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens. Die Pflegefachkraft entscheidet also nicht, <i>ob</i> eine Leistung verordnet wird, sondern kann bei ausgewählten Leistungen lediglich die Häufigkeit und Dauer Maßnahmen festlegen.

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
	<p>Die Pflegefachkraft führt auch diese Tätigkeit heute schon selbstständig durch und passt Parameter situativ an. Es gibt entsprechende Einweisungen die nach Medizinprodukte-Betreiberverordnung verpflichtend sind. Die Überprüfung der Einstellung und Funktion der Geräte und der Austausch bestimmter Teile erfolgt nach Herstellerangaben gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung und liegt im Kompetenzbereich der Pflegefachkräfte.</p> <p>Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass bei beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten Pflegefachkräfte eingesetzt werden, die über entsprechende Fachkenntnisse verfügen, um die Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Leistungen bei der Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes einschätzen zu können.</p>
<p><b>Zu Nr. 13 Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b></p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und DKG zu und befürworten eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft</p>	<p>Aufgrund der Anwesenheit vor Ort müssen die Pflegefachkräfte der Pflegedienste auch jetzt schon die Lage, den Sekretfluss und den Wechselbedarf der Sekretbehälter beurteilen. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Drainagen im onkologischen Bereich durchaus eine lange Liegedauer haben können, ohne dass sich größere Anpassung hinsichtlich der Überprüfung und Versorgung im Versorgungsverlauf ergeben. Hierbei handelt es sich zunehmend auch um sogenannten Entlastungsdrainagen und „Dauerdrainagen“.</p>
<p><b>Zu Nr. 23 Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</b></p> <p>Unserer Auffassung nach kann auch bei der Leistung „Katheterisierung der Harnblase und Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung“ die Dauer und die Häufigkeit durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Auch hier gilt die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erfolgt grundsätzlich innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens. Die Pflegefachkraft entscheidet also nicht, ob eine Leistung verordnet wird, sondern kann bei ausgewählten Leistungen lediglich die Häufigkeit und Dauer Maßnahmen festlegen. Die Pflegefachkräfte legen die Wechselintervalle den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten entsprechend fest.</p> <p>Auch die Häufigkeit der Intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung erfolgt bereits heute in gemeinsamer Absprache zwischen den Pflegefachkräften und den Patienten entsprechend den individuellen Situationen und Erfordernissen vor Ort.</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
<p><b>Nr. 26 Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</b>  <b>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten</b>  <b>2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten</b></p> <p>Unserer Auffassung nach kann auch die Dauer und Häufigkeit des Richtens von ärztlich verordneten Medikamenten und der Verabreichung/Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Im Rahmen der Krankenbeobachtung beurteilen die Pflegefachkräfte auch den Unterstützungsbedarf bei der Medikamenteneinnahme. Ist die Medikamenteneinnahme durch den Patienten ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig möglich, informieren sie den behandelnden Arzt und sprechen die Häufigkeit und Dauer der Verordnung mit ihm ab, damit die Einnahme der verordneten und oft lebensnotwendigen Medikamente sichergestellt ist. Unserer Auffassung nach sollte es im Hinblick auf das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten und die Häufigkeit und Dauer der Medikamentengabe einen größeren Entscheidungsspielraum für die Pflegefachkräfte geben, da sich auch der Grad der Selbständigkeit bei ärztlich verordneten Medikamenten ändern kann. Je nach Situation des Patienten kann ein mehrmals tägliches Richten der Medikamente und auch das Verabreichen der Medikamente angebracht sein oder auch das Richten einer Wochenbox ausreichend sein. So kann z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt das tägliche Richten angesagt sein und wenn der Patient sich zuhause eingelebt hat, auch später das Richten der Wochenbox ausreichend sein. Andererseits sind es in der Regel auch die Pflegefachkräfte, die der Verordnerin oder dem Verordner mitteilen, wenn Patientinnen und Patienten die Medikamente nicht korrekt einnehmen und statt wöchentlicher Medikamentenbox auf tägliche Medikamentengabe übergegangen werden sollte, da der Grad der Selbständigkeit beim Umgang mit ärztlich verordneten Medikamenten abnimmt.</p>
<p><b>Zu Nr. 28 Stomabehandlung</b></p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV und PatV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
<p><b>Zu Nr. 29 Trachealkanüle; Wechsel und Pflege der</b> Wir stimmen dem Vorschlag von PatV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgt schon heute durch Pflegefachkräfte unter Beachtung der fachlichen und hygienischen Standards entsprechend der situativen Notwendigkeiten und vor Ort, in Absprache mit den Patienten und ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Logopädie. Die qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung ist hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit gut qualifiziert, weil sie nah am Patienten und der spezifischen Versorgungssituation ist. Situationsabhängig ist der Wechselbedarf schwankend, z. B. bei Atemwegsinfekten mit vermehrter Sekretbildung oder bei Beschädigung der Kanüle.</p>
<p><b>Zu Nr. 31 Wundversorgung einer akuten Wunde</b> Wir stimmen dem Vorschlag von GKV-SV und PatV zu. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachtbaren Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.</p>
<p><b>Zu Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b> Unserer Auffassung nach kann auch die Dauer und die Häufigkeit der Versorgung einer chronischen oder schwerheilenden Wunde durch eine Pflegefachkraft bestimmt werden.</p>	<p>Wie bereits zu Nummer 31 ausgeführt sind die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde erfolgt immer in enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt. Dennoch sind entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und vor allem auch durch die Nähe zum Patienten/zur Patientin, verbunden mit der Möglichkeit, den Wundheilungsverlauf vor Ort zu beobachten, sehr gut in der Lage, die Häufigkeit und Dauer der Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde festzulegen.</p>
<p>Ergänzung des Leistungsverzeichnisses:</p>	<p>Hierzu gehören gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie qualifizierter</p>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
Fallbesprechung	<p>Pflegefachkraft“ im Kontext der Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V aber auch im Rahmen aller Leistungen in der häuslichen Krankenpflege. Besonders deutlich wird dies bei Leistung Nr. 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten und bei der palliativen Ausrichtung der HKP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss.</li> <li>• Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen.</li> <li>• Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, das den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt nach § 87b Absatz 1b SGB V. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z. B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen</li> </ul>

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	
	und -dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein.
Ergänzung des Leistungsverzeichnisses: Pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der ärztlichen Videosprechstunde	Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass auch im häuslichen Bereich die technische Unterstützung für die Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt. Auch für die verordnungsfähigen Leistungen gemäß HKP-Richtlinie ist zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Absatz 2 SGB V diese neue Möglichkeit in das Leistungsverzeichnis einzubinden. Hierbei ist die pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort aufzunehmen.

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>Zu § 5a Abs 1</b></p> <p><b>Tragende Gründe</b></p> <p>Streichung des Wortes „ambulant“</p> <p>Bei Berufseinsteigern ist nicht vom Vorliegen einschlägiger Kompetenzen zur Festlegung von Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszugehen, da die Kompetenzerweiterung erst mit einer einschlägigen Berufserfahrung in der <del>ambulanten</del> pflegerischen Versorgung erfolgt.</p>	<p>Für die eigenständige Festlegung der Häufigkeit und Dauer von verordnungsfähigen Maßnahmen ist einschlägige Berufserfahrung sachdienlich. Allerdings ist dabei unerheblich, ob diese Erfahrung im ambulanten oder im stationären Bereich gewonnen wird. Es ist sogar so, dass die Berufserfahrung in unterschiedlichen Felder der Pflege die Entwicklung von entsprechenden Kompetenzen steigert. Im Übrigen werden sowohl im ambulanten also auch im stationären Bereich die gleichen Anforderungen an das Können und Wissen der Pflegefachkräfte gestellt. Aus Sicht des Paritätischen ist daher mit Blick auf die geforderte einschlägige Berufserfahrung eine Differenzierung nach Tätigkeitsfeldern nicht nachvollziehbar und auch nicht sachgerecht. Der Paritätische spricht sich daher dafür aus, das Wort „ambulant“ zu streichen.</p>
<p><b>Zu § 5a Abs. 3</b></p> <p>Der Bezug zu § 7 Abs. 4a ist durch § 7 Abs. 2 zu ersetzen.</p> <p>Ferner ist das Wort „regelmäßig“ zu streichen.</p> <p>(3) Die gemäß Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor, hat sich</p>	<p>Ausführungen zur Kommunikation zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin bzw. Verordner finden sich bereits an verschiedenen Stellen der Richtlinie wieder, u.a. in § 5 Abs. 3, in § 7 Abs. 1, in § 7 Abs. 2 und in § 7 Abs. 4a (neu). Im Sinne der Förderung einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist aus Paritätischer Sicht die Bündelung in einem Paragraphen zielführend und auch ausreichend.</p> <p>Inhaltlich ist der Aspekt der Abstimmung und Information über die vorgenommenen Festlegungen durch die qualifizierte Pflegefachkraft mit der Verordnerin oder dem Verordner bereits in § 7 Abs. 2 aufgegriffen und klar geregelt. Vor diesem Hintergrund ist an dieser Stelle ein Verweis auf § 7 Abs. 2</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
<p>hierzu aber nach Maßgabe hat sich hierzu aber nach Maßgabe des § 7 Absatz 24a <del>regelmäßig</del> mit der Verordnerin oder dem Verordner abzustimmen. Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine gemäß Abs. 1 qualifizierte Pflegefachkraft ist, dass sich diese von dem Zustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.</p>	<p>ausreichend und keine weiterführende Norm an dieser Stelle auszuführen.</p> <p>Ferner ist das Wort „regelmäßig“ zu streichen. Ein regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass ist aus Paritätischer Sicht nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen auf ärztlicher wie auf pflegerischer Seite.</p>
<p><b>Zu § 5a Abs. 4</b> Streichung von Absatz 4: <del>„Zwischen der Vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden haben“</del></p>	<p>Die Regelungen zur Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte sind unabhängig vom Arzt-Patienten Kontakt zu treffen.</p> <p>Der Pflegedienst hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arzt-Patienten Kontaktes. Die Verantwortung für die Ausgestaltung der Arzt-Patienten Beziehung und die Häufigkeit der persönlichen Kontakte liegt bei den beiden Akteuren selbst (Arzt/Ärztin und Patient/Patientin).</p> <p>Die Regelungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus § 3 Absatz 1 der RL HKP sind ausreichend.</p> <p>§ 5a Absatz 4 neu deshalb ganz zu streichen.</p>
<p><b>Zu § 6 Abs 2 Satz 2</b></p>	<p>Der Pflegedienst als Leistungserbringer muss sich zusammen mit der qualifizierten Pflegefachkraft über die weitere Versorgung mit der Verordnerin oder dem Verordner abstimmen, wenn die</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
<p>Ergänzung von „sowie den Pflegedienst“</p> <p>„Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner <b>sowie den Pflegedienst</b> über die Gründe zu informieren.</p>	<p>verordneten Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt werden. Die Information ist zeitgleich an alle Akteure im Versorgungsgeschehen zu übermitteln, u. a. um auch eine Abstimmung zur weiteren Versorgung des Versicherten zwischen qualifizierter Pflegefachkraft und Verordnerin oder Verordner zu gewährleisten.</p>
<p><b>Zu § 7 Abs. 4a</b></p> <p>Streichung des Abs. 4a</p> <p>Der Ergänzungsvorschlag der GKV-SV, DKG und PatV wird abgelehnt.</p> <p><del>Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. [GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich:</del></p>	<p>Aus Paritätischer Sicht sind zur Kommunikation zwischen Verordnerin/ Verordner und Pflegedienst/qualifizierter Pflegefachkraft die Regelungen in § 7 Abs. 2 ausreichend, auch für längere Verordnungszeiträume. Die Pflegefachkräfte sind bereits jetzt aufgefordert jede Veränderung in der häuslichen Pflegesituation der Verordnerin bzw. dem Verordner zu berichten.</p> <p>Ferner ist ein regelmäßiger Austausch ohne konkreten Anlass nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die Forderung erhöht den Bürokratieaufwand und bindet knappe Ressourcen auf ärztlicher wie auf pflegerischer Seite.</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
<del>Inbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.]</del>	
<b>Zu § 7 Abs 5</b> Die Ergänzung des GKV-SV, wonach das Entlassmanagement von der erweiterten Versorgungs- verantwortung auszuschließen ist wird abgelehnt. <del>Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 5a können im Rahmen des Entlassmanagements nicht erfolgen.</del>	Der Ausschluss des Entlassmanagement für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und damit die Differenzierung der verschiedenen Pflegesettings ist aus Sicht des Paritätischen nicht nachvollziehbar. Es erschließt sich nicht, weshalb Pflegefachkräfte im Krankenhaus auf der Basis ihrer Ausbildung und des regelmäßigen Patientenkontakt nicht die Häufigkeit und Dauer der notwendigen Maßnahmen beurteilen können sollten. Bereits jetzt ist es gängige Praxis, dass Pflegefachkräfte im Krankenhaus in die Beurteilung des Bedarfes der Patient*innen nach Krankenhausaufenthalt einbezogen werden. Daher spricht aus Sicht des Paritätischen nichts gegen die Anwendung der Regelung zu Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung im Rahmen des Entlassmanagements. Eine Differenzierung nach Tätigkeitsfeldern ist auch hier nicht nachvollziehbar.
<b>Zum Leistungsverzeichnis</b>	
Zustimmung zu den Einschätzungen aller Bänke des G-BA zu den Nummern 1,2, 4,5, 7,12,14,21,22, 27,30, 31b, 31c, 31d	Auch nach Paritätischer Einschätzung ist eine Festlegung der Häufigkeit und Dauer bei den Nummern, die alle Bänke des G- BA mit „ja“ eingeschätzt haben, durch die Pflegefachkraft angezeigt bzw. möglich. Die Einschätzung der darüber hinaus genannten Leistungen erfolgt in den unten stehenden Zeilen.
<b>Zu Nr. 3 Ernährung</b> Wir schließen uns der Auffassung der PatV und des	Die Leistungsbeschreibung umfasst ausschließlich die Abgabe der Nahrung und die damit im Zusammenhang stehenden Verrichtungen. Bereits heute übernehmen die Mitarbeitenden

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
GKV-SV an. Eine Festlegung der Häufigkeit durch Pflegefachkraft ist möglich.	der Pflegedienste die Umsetzung nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patient*innen. Dazu gehört auch, dass die korrekte Lage der Sonde vor jeder Applikation von Nahrung oder Flüssigkeit überprüft wird.
<b>Zu Nr. 6 Absaugen, Bronchialtoilette</b> Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV, GKV-SV und DKG an, eine Festlegung der Dauer und der Häufigkeit durch Pflegefachkraft ist möglich.	Die Leistungen erfolgen aufgrund der Indikation im Sinne der HKP-RL in der Regel situationsgerecht bei Bedarf. Ein konkreter Zeitpunkt oder die Häufigkeit pro Tag kann von ärztlicher Seite bei dieser Patientengruppe in der häuslichen Versorgung regelhaft nicht genau im Voraus bestimmt werden. Die Leistungserbringung erfolgt nach Bedarf und kann ggf. unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden.
<b>Zu Nr. 8 Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes</b> Der Paritätische schließt sich dem Vorschlag der PatV an, nach dem eine Festlegung der Dauer und der Häufigkeit durch eine Pflegefachkraft möglich ist.	Der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin stellt die Verordnung aus. Die Pflegefachkraft führt auch diese Tätigkeit heute schon selbstständig durch und passt Parameter situativ an. Es gibt entsprechende Einweisungen die nach Medizinprodukte -Betreiberverordnung verpflichtend sind. Die Überprüfung der Einstellung und Funktion der Geräte und der Austausch bestimmter Teile erfolgt nach Herstellerangaben gemäß MPG und liegt im Kompetenzbereich der Pflegefachkräfte.
<b>Zu Nr. 13 Versorgung und Überprüfung von Drainagen</b> Der Paritätische schließt sich dem Vorschlag von GKV, PatV und DKG an.	Aufgrund der Anwesenheit vor Ort müssen Pflegefachkräfte der Pflegedienste auch jetzt schon die Lage, den Sekretfluss und den Wechselbedarf der Sekretbehälter beurteilen. Zudem handelt es sich nicht regelhaft um Wunddrainagen, sondern zunehmend auch um Entlastungsdrainagen insbesondere bei onkologischen Erkrankungen.
<b>Zu Nr. 23 Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</b> Nach Einschätzung des Paritätischen kann auch bei der Leistung	Der behandelnde Arzt / behandelnde Ärztin verordnet die Leistung. Es ist jetzt schon übliche Praxis, dass die Pflegefachkräfte die Wechselintervalle den individuellen Bedarf der Patient*innen festlegen. Auch die Häufigkeit der intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung erfolgt bereits heute in gemeinsamer Absprache zwischen

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
„Katheterisierung der Harnblase und intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung“ die Dauer und die Häufigkeit durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.“	Pflegefachkraft und Patient*in entsprechend den individuellen Situationen und Erfordernissen vor Ort.
<p><b>Zu Nr. 26 Medikamente</b></p> <p>Nach Paritätischer Auffassung kann auch die Dauer und Häufigkeit des Richtens von ärztlich verordneten Medikamenten und der Verabreichung/Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.</p>	<p>Im Rahmen der Krankenbeobachtung beurteilen die Pflegefachkräfte auch den Unterstützungsbedarf bei der Medikamenteneinnahme. Ist die Medikamenteneinnahme durch den Patienten / die Patientin ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig möglich informieren sie den behandelnden Arzt / behandelnde Ärztin und sprechen die Häufigkeit und Dauer der Verordnung mit ihm / ihr ab, damit die Einnahme der verordneten und oft lebensnotwendigen Medikamente sichergestellt ist.</p> <p>Unserer Auffassung nach sollte es im Hinblick auf das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten und die Häufigkeit und Dauer der Medikamentengabe einen größeren Entscheidungsspielraum für die Pflegefachkräfte geben. Je nach Situation des Patienten / der Patientin kann ein mehrmals tägliches Richten der Medikamente und auch das Verabreichen der Medikamente angebracht sein oder auch das Richten einer Wochenbox ausreichend sein. So kann z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt das tägliche Richten angesagt sein und wenn der Patient sich zuhause eingelebt hat, auch später das Richten der Wochenbox ausreichend sein. Andererseits sind es in der Regel auch die Pflegefachkräfte, die der Verordnerin oder dem Verordner mitteilen, wenn Patientinnen und Patienten die Medikamente nicht korrekt einnehmen und statt wöchentlicher Medikamentenbox auf tägliche Medikamentengabe übergegangen werden sollte.</p>
<p><b>Zu Nr. 28 Stomabehandlung</b></p> <p>Der Paritätische stimmt der Einschätzung von PatV und GKV-SV zu. Die Dauer und</p>	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.	Standards, die Pflegefachkräften aufgrund ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachteten Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet und beurteilt werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.
<b>Zu Nr. 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle</b> Der Paritätische unterstützt das Votum der PatV. Die Dauer und die Häufigkeit können durch die Pflegefachkraft festgelegt werden.	Der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle erfolgt schon heute durch Pflegefachkräfte unter Beachtung der fachlichen und hygienischen Standards entsprechend der situativen Notwendigkeiten und vor Ort, ggf. in Absprache mit den Patient*innen und ggf. auch in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (z.B. Logopädie).  Die qualifizierte Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung ist hinsichtlich der individuellen Wechselhäufigkeit gut qualifiziert. Situationsabhängig ist der Wechselbedarf schwankend, z.B. bei Atemwegsinfekten mit vermehrter Sekretbildung oder bei Beschädigung der Kanüle.
<b>Zu Nr. 31 Wundversorgung einer akuten Wunde</b> Der Paritätische teilt die Einschätzung von GKV-SV und PatV.	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Die Versorgung der Wunde bei akuten entzündlichen Veränderungen erfolgt in der Regel nach Standards, die Pflegefachkräften aufgrund Ihrer Ausbildung bekannt sind. Die Dauer der Wundversorgung ist abhängig von der durch die Pflegefachkraft vor Ort beobachteten Wundheilung. Die Frequenz ist abhängig vom individuellen Wundverlauf, dem Exsudat und anderen Faktoren. Diese Faktoren können von der Pflegefachkraft vor Ort beobachtet und eingeschätzt werden. Es bedarf keiner spezialisierten Weiterbildung zur Pflegeexpertin wie von DKG und KBV gefordert.
<b>Zu Nr. 31 a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b>	Die allgemeinen Prinzipien der Wundheilung sowie die Wundversorgung sind Gegenstand der Ausbildung einer Pflegefachkraft. Bereits die derzeit gültigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflegedienste legen einen Fokus auf die

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
Der Paritätische ist der Auffassung, dass auch die Häufigkeit und die Dauer der Versorgung einer chronischen oder schwerheilenden Wunde durch eine Pflegefachkraft bestimmt werden kann.	Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde bei der Stichprobenziehung. Außerdem beziehen sich die Fragestellungen 9.28 bis 9.31 auf die Versorgung von chronischen Wunden. Im Kriterium 9.29 wird geprüft, ob die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens basieren. Dabei ist vom Prüfdienst zu überprüfen, ob die Behandlung der chronischen Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt <u>und</u> dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Dabei muss der Pflegedienst ggf. nachweisen, dass er die Ärztin bzw. den Arzt darüber informiert hat, dass die angeordnete Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.
<b>Erweiterung des Leistungsverzeichnisses: Fallbesprechungen</b>  Der Paritätische sieht die Notwendigkeit, das Leistungsverzeichnis um die Leistung „Gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordner*innen und qualifizierter Pflegefachkraft“ zu erweitern.	Hierzu gehören gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie qualifizierter Pflegefachkraft im Kontext der Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V aber auch im Rahmen aller Leistungen in der häuslichen Krankenpflege. Deutlich wird die Notwendigkeit beispielsweise bei der Leistung Nr. 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten und bei der palliativen Ausrichtung der HKP:  Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung.  Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, das den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen und Akteuren im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Daher sollte dem fallbezogene Koordinierungs- und

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
05.05.2022	
	Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste durch eine Aufnahme in das Leistungsverzeichnis Rechnung getragen werden.
<p><b>Ergänzung des Leistungsverzeichnisses: Pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der ärztlichen Videosprechstunde</b></p> <p>Der Paritätische sieht auch hier die Notwendigkeit, das Leistungsverzeichnis entsprechend zu erweitern.</p>	<p>Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass auch im häuslichen Bereich die technische Unterstützung für die Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt. Daher ist auch für die verordnungsfähigen Leistungen gemäß HKP-Richtlinie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Absatz 2 SGB V diese neue Möglichkeit in das Leistungsverzeichnis einzubinden. Hierbei ist die pflegfachliche Unterstützung des / der Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort aufzunehmen.</p>

**Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen**

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>Allgemein:</b></p> <p>Die BAG-SAPV begrüßt die Initiative die Verantwortlichkeit der Pflegefachkräfte zu stärken ausdrücklich.</p> <p>Allgemein sind die fachpflegerischen Vorbehaltsaufgaben zu beachten., denen insbesondere die Leistungen Nr. 1-5 unterliegen und damit keine ärztliche Delegationsaufgabe abbilden. Die Sicherungspflege muss aus Sicht der BAG-SAPV neu geregelt werden.</p>	<p>Gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte.</p> <p>Nach Einschätzung der BAG-SAPV handelt es sich bei der Leistung Nr. 1-5 somit um keine ärztliche Delegationsleistung im Bereich der HKP-RL.</p> <p>Für diese und folgende Leistungsziffern in der HKP-RL sollte hervorgehoben werden, dass der/die verordnende Arzt/Ärztin mit einer Pflegefachkraft mit entsprechender Zusatzqualifikation interdisziplinär zusammenarbeitet, die eigenständig eine Pflegediagnose stellt. Zu prüfen ist zudem die entsprechende Verordnungsmöglichkeit benötigter Utensilien und Maßnahmen durch Pflegefachkräfte. Der jeweilige Verantwortungsbereich muss klar definiert und die enge Zusammenarbeit zwischen Arzt / Ärztin und Pflegefachkraft festgelegt werden (z.B. Fallbesprechung, Behandlungsplanung).</p>
<p><b>5a Abs. 4</b></p> <p>Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften</p>	<p>Die BAG-SAPV schließt sich dem Vorschlag GKV SV "spät. bei der Folgeverordnung" an.</p>
<p><b>5a Abs. 5</b></p>	<p>Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran. In vielen Bereichen sind mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte zulässig. Hier</p>

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften ... ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt ....	sollte die Richtlinie dem aktuellen Stand in der Patientenversorgung angepasst werden.
<b>§6 Abs. 2</b> Medizinischer Dienst der Krankenversicherung streichen	Aufgrund des MDK-Reformgesetzes, das am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, wurde aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung der Medizinische Dienst. Dies sollte in der RL angepasst werden.
<b>§6 Abs. 4</b>	Die beschriebenen Leistungen "Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege sind seit dem Pflegeberufegesetz Vorbehaltsaufgaben der dort beschriebenen Fachpflege. Die Verordnung von Sicherungspflege muss daher neu geordnet werden (s. auch unter Allgemein)
<b>§6 Abs. 5</b> Die Vorlage in elektronischer Form ist zur Wahrung der Fristen ausreichend.	Eine Klarstellung würde in der Versorgungspraxis punktuell aufkommende Diskussionen überflüssig machen.
<b>§7 Abs. 4</b> Sollte die Pflegedokumentation in elektronischer Form geführt werden entfällt die Dokumentation vor Ort. Dem Arzt ist auf Zuruf ein Auszug der Pflegedokumentation vom Pflegedienst vorzulegen. Neue Behandlungsaspekte werden seitens des Arztes/der Ärztin mit dem Pflegedienst besprochen.	Aufgrund der Digitalisierung im Gesundheitswesen würde eine vor Ort geführte Dokumentation dazu führen, dass der Pflegedienst sowohl vor Ort in Papierform als auch in der elektronischen Akte dokumentieren müsste. Um den Dokumentationsaufwand zu verringern, sollte den Pflegediensten die Möglichkeit gegeben werden die Daten ausschließlich elektronisch zu erfassen. Dies setzt eine entsprechend geeignete Software-Lösung voraus.
<b>§7 Abs. 4a</b> ... regelmäßig, anlassbezogen sowie nach Aufforderung...	Anlassbezogen meint, dass bei auffälligen Versorgungsverläufen eine Rückmeldung erfolgt. Dies sollte selbstverständlich sein. Die Ergänzung erfolgt zur Klarstellung.

Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
<b>§7 Abs. 5</b>	Die Ergänzung GKV SV ist aus unserer Einschätzung sinnvoll
<b>§7 Abs. 5</b> Sollte die Verordnung im Rahmen des Entlassungsmanagements erfolgen, informiert die Pflegefachkraft den Folge-Verordner über auf Basis der Verordnung durchgeführten Maßnahmen, deren Dauer und Frequenz.	Gerade nach der Entlassung aus einer stationären Einrichtung kann sich der Bedarf im Rahmen der Behandlungspflege verändern. Um hier einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen, sollte auch in diesem Fall eine Anpassung möglich sein. Um die Informationsweitergabe sicherzustellen, sollte die Pflegefachkraft den Arzt, der die Folge-Verordnung ausstellt, über den Verlauf informieren.
<b>§9 Abs. 3</b> ... die 3-Tage-Frist....	Hier sollte der Text an die aktuelle Vorlagefrist von 4-Tagen angepasst werden.
<b>Zu den Anlagen im Folgenden:</b>	
<b>Anlage 1 II. 2. Abs. (1)</b> Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Maßnahme, Häufigkeit und Dauer bestimmen.  Leistungen Anlage der Anlage 4: Nr. 1-5, 7, 12, 13, 15, 26, 26a, 31d sind Vorbehaltsaufgaben der Pflege und primär durch die Pflegefachkraft und nicht durch den Arzt / die Ärztin zu verordnen. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verordnenden Arzt / Ärztin und Pflegefachkraft ist Voraussetzung.	

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
<b>Anlage 1 II. 2. Abs. (4 )</b> Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: spätestens nach 3 Monaten] stattgefunden haben [KBV: .] [GKV-SV, DKG, PatV: , spätestens anlässlich der Folgeverordnung.]	Die BAG-SAPV unterstützt die Stellungnahme zur zeitlichen Angabe zwecks Folgeverordnung des GKV-SV, DKG, PatV
<p>§ 7 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:</p> <p>„(4a) Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans.</p> <p>Die BAG-SAPV schlägt vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Den von GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich eingefügte Satz: „Insbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.“ zu streichen</li> <li>- „Bei längeren Verordnungszeiträumen, ist im Verordnungszeitraum mind. eine interprofessionelle Fallbesprechung (zwischen verordnendem Arzt/Ärztin</li> </ul>	Dies erübrigt sich durch Arzt/Ärztinnen-Patienten-Kontakt, der bei Folgeverordnungen vorzunehmen ist.

Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
und Pflegefachkraft) durchzuführen“ zu ergänzen.	
<p><b>6.</b> Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Zu den Nummern 1 bis 31d wird neben der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ eine Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ ergänzt.</p> <p>Änderungsvorschlag BAG-SAPV: Betreffende Leistungsnummern 1 bis 31d – Nummer 1-5, 12 15, 14, 15, 31, 31a sind Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege und durch diese einzuschätzen und zu verordnen.</p>	
<b>Zu Anlage 4 „Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung“ im Einzelnen:</b>	
<p><b>Nr. 6. Absaugen</b></p> <p>- <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</b> (Bronchiallavage)</p> <p>Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.</p>	<p>Das Absaugen der oberen Atemwege ist Fachpflegerische Vorbehaltsaufgabe und durch diese zu verordnen.</p> <p>Tiefes Absaugen jedoch, „Bronchialtoilette“, ist primäre Aufgabe des Arztes / der Ärztin, Pflegefachkraft kann jedoch Häufigkeit und Dauer in Absprache mit dem Arzt / der Ärztin mitbestimmen.</p>

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
	Die Pflegefachkraft muss Dauer und Häufigkeit der Maßnahme festlegen können. Die BAG-SAPV schließt sich dem Vorschlag von PatV, GKV-SV und DKG an
<p><b>Nr. 8 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>	<p>Die hierzu qualifizierte Pflegefachkraft ist bei der Kontrolle der Beatmung – Anpassung und Überprüfung der maschinellen Beatmung durchführende Kraft und muss aufgrund ihrer Handlungskompetenz zeitnah Entscheidungen treffen. Dies ist eine fachpflegerische Aufgabe/Vorbehaltsaufgabe (mit Zusatzqualifikation).</p> <p>Das Festlegen der Beatmungsparameter sowie die Grundeinstellungen der Beatmung sind ärztliche Vorbehaltsaufgabe.</p> <p>Ansonsten schließt sich die BAG-SAPV den Ausführungen der PatV an, Dauer und Häufigkeit der Maßnahme muss durch die Pflegefachkraft festzulegen sein.</p>
<p><b>Nr. 12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</b></p>	Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege. Einschätzung und die Verordnung von Maßnahmen obliegt daher der Pflegefachkraft ebenso die Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
<p><b>Nr. 13 Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b></p>	Die BAG-SAPV schließt sich die Ausführungen von GKV-SV und der DGK an
<p><b>Nr. 15. Flüssigkeitsbilanzierung</b></p> <p>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.</p>	Flüssigkeitsbilanzierung sind Teil der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege.
<p><b>Nr. 28 Stomabehandlung</b></p>	Die BAG-SAPV schließt sich den Ausführungen PatV, und GKV-SV an

Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

<b>Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)</b>	
05. Mai 2022	
	Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit festlegen können
<b>Nr. 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</b>	Die BAG-SAPV unterstützt die Ausführungen der PatV. Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit festlegen können
<b>Nr. 31. Wundversorgung einer akuten Wunde</b> Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.	Die BAG-SAPV unterstützt die Ausführungen des GKV SV und der Pat.V.
<b>31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b> In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.	Wundversorgung sollte zu den Substitutionsaufgaben/ der Fachpflege zählen. Maßnahme und Materialien zur Wundversorgung sollten in deren Ordnungsverantwortung liegen. Die Pflegefachkraft vor Ort verfügt in der Regel über die entsprechenden Fach- und Handlungskompetenzen. Bei weiterer Entscheidung zu einer ärztlichen „Delegationsaufgabe“ muss Pflegefachkraft Dauer und Häufigkeit bestimmen, denn sie hat den Blick auf den Bedarf und die Umgebung des Patienten.



Stellungnahme zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelung über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V und weitere Änderungen

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
<p><b>Allgemein:</b></p> <p>Die DGP schlägt vor, dass im Allgemeinen die „Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach §37 Absatz 8 SGB V und weiter Änderungen der Wortlaut dahingehend verändert wird, dass Vorbehaltsaufgaben pflegerische Aufgaben sind und durch diese zu verordnen sind.“</p>	<p>Die DGP schließt sich dem Statement von <b>PatV/GKV-SV/DKG/[KBV ausgenommen Nr. 3] zu den Nr. 1 bis 5:</b></p> <p>Gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte im Sinne des Pflegeberufegesetzes. Daher und aufgrund ihrer Tätigkeit und Nähe zu den Patientinnen und Patienten können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte mit <u>einschlägiger Berufserfahrung und ggf. akademischer Primär- und Weitequalifizierung</u> für alle Leistungen der Grundpflege <b>[KBV: mit Ausnahme der Nr. 3]</b> über Häufigkeit und Dauer selbst an und sehen auch die Verordnung bei der Fachpflegekraft verortet als Selbstbehaltsaufgabe der Pflege</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
	<p>Der Verantwortungsbereich muss klar definiert werden. Es sollte vielmehr hervorgehoben werden, dass ein Arzt / eine Ärztin die Mitbehandlung einer Pflegefachkraft mit entsprechender Zusatzqualifikation erbittet, die dann eigenständig eine Pflegediagnose stellt und entsprechend Utensilien und Maßnahmen verordnen kann. Es ist dabei die enge Zusammenarbeit zwischen Arzt / Ärztin und examinierter Pflegefachkraft festzulegen.</p>
5a Abs 4 Verordnung mit erw. Verordnungsverantwortung	Die DGP schließt sich dem Vorschlag GKV SV "spät. Bei der Folgeverordnung an
<b>§6 Abs. 4</b>	Die beschriebenen Leistungen "Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege sind seit dem Pflegeberufegesetz Vorbehaltsaufgaben der dort beschriebenen Fachpflege. Die Verordnung von Sicherungspflege muss daher neu geordnet werden. S. Oben "Allgemein"
<b>§7 Abs. 4a</b>	Information ist zu kurz gegriffen, vielmehr geht es um Therapiebesprechungen. Hier sollte die Interdisziplinarität hervorgehoben werden im Form von interdisziplinäre und

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
	interprofessionelle Fallgespräche, gemeinsame Therapieplanung
<b>§7 Abs. 5</b>	Ergänzung GKV: diese Ergänzung sieht die DGP ebenfalls sinnvoll
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Zu Anlage 1 im Folgenden:</b>	
(1) Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Maßnahme, Häufigkeit und Dauer bestimmen. Anlage 4 Leistungen 1-5, 7, 12, 13, 15, 26, 26a, 31d sind Vorbehaltsaufgaben der Pflege und primär durch die Pflegefachkraft und nicht durch den Arzt / die Ärztin zu verordnen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt / Ärztin und Pflegefachkraft ist Voraussetzung.	s. Begründung („Allgemein“)
(4) Zwischen der vorausgegangenen Verordnung und der Folgeverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt [KBV: <b>spätestens nach 3 Monaten] stattgefunden haben</b> [KBV: .] [GKV-SV, DKG, PatV: , <b>spätestens anlässlich der Folgeverordnung.</b> ]	Hier unterstützen die DGP die Stellungnahme zur zeitlichen Angabe zwecks Folgeverordnung des GKV-SV, DKG, PatV
§ 7 wird wie folgt geändert: a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt: „(4a) Soweit eine gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft eine erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 5a wahrnimmt, informiert diese die Verordnerin oder den Verordner unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen zur Häufigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Maßnahmen. Die Verordnerin oder der Verordner berücksichtigt diese Festlegungen im Rahmen ihres oder seines ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. schlägt die DGP folgende Änderung/Streichung vor: der von	Dies erübrigt sich durch Arzt-Patienten-Kontakt, der bei Folgeverordnungen vorzunehmen ist

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
<p>GKV-SV, DKG, PatV zusätzlich eingefügte Satz: „<b>Inbesondere bei längeren Verordnungszeiträumen informiert die gemäß § 5a Absatz 1 qualifizierte Pflegefachkraft die Verordnerin oder den Verordner regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.</b>]“ ist zu streichen,          die DGP schlägt folgende Ergänzung vor:  <b>Bei längeren Verordnungszeiträumen, ist mind. eine interprofessionelle Fallbesprechung (mindestens zwischen Arzt und Pflege) durchzuführen</b></p>	<p>Die Ergänzung zur interprofessionellen Fallbesprechung ist anlehnend an internationalen Studien, die aufzeigen, dass die Behandlung und somit der Effekt für Patient:innen sich erhöht, wenn es in interprofessionellen Fallbesprechungen diskutiert wurde.</p>
<p><b>6. Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) wird wie folgt geändert:</b></p> <p>a) Zu den Nummern 1 bis 31d wird neben der Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ eine Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? ja/nein“ ergänzt.          Änderungsvorschlag DGP: Zu den Nummern 1 bis 31d – Nummer 1-5, 12 <b>15, 14, 15, 31, 31a</b> sind Vorbehaltsaufgaben der Pflege und durch diese zu einzuschätzen und verordnen ist.</p>	<p>s. Begründung zu „Allgemein“</p>
<p>Zu Anlage 4 “Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung” im Einzelnen:</p>	
<p><b>6. Absaugen</b></p> <p>- <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></p> <p>Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.</p>	<p>Absaugen der oberen Atemwege ist Vorbehaltsaufgabe der Pflege und ist durch die Fachpflege zu verordnen.</p> <p>Tiefes Absaugen jedoch, umgangssprachlich „Bronchialtoilette“ genannt, ist primäre Aufgabe des Arztes / der Ärztin, Pflege kann jedoch Häufigkeit und Dauer</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
	<p>mitbestimmen in Absprache mit dem Arzt / der Ärztin.</p> <p>Auf jeden Fall muss die Pflegefachkraft Dauer und Häufigkeit der Maßnahme festlegen können und die DGP schließt sich dem Vorschlag von PatV, GKV-SV und DKG an</p>
<p><b>8. 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, O2-Zellen).</p>	<p>Die Pflegefachkraft ist die durchführende Kraft bei der Kontrolle der Beatmung – Anpassung und Überprüfung der maschinellen Beatmung ist eine Vorbehaltsaufgabe der Pflege (mit Zusatzqualifikation).</p> <p>Das Festlegen der Beatmungsparameter sowie die Grundeinstellungen der Beatmung sind reine Aufgabe des Arztes / der Ärztin.</p> <p>Ansonsten schließt sich die DGP dem Votum der PatV an, Dauer und Häufigkeit der Maßnahme muss durch die Pflegefachkraft festzulegen sein</p>
<p><b>9. 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>Es obliegt den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkraft, Blasenspülungen (z.B. mit NaCl) eigenständig einzuschätzen und durchzuführen, allerdings ist es reine Ärztliche Aufgabe darüber hinaus spezifische medikamentöse Maßnahmen anzuordnen.</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
<b>12. Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</b>	Dekubituseinschätzung und Prävention ist Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege und muss durch die diese eingeschätzt und Maßnahmen verordnet werden.  Dauer und Häufigkeit der Maßnahme muss durch die Pflegefachkraft festzulegen sein.
<b>13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen</b>	Die DGP schließt sich dem Votum von GKV-SV und der DGK an
<b>14. Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung</b>	Obstipationsprävention und Behandlung einer Obstipation sowie Stuhlkontrolle und Ausfuhrüberwachung ist eine Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege und muss durch diese verordnen werden
<b>15. Flüssigkeitsbilanzierung</b> <small>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.</small>	Flüssigkeitsbilanzierung sind <b>Verordnungshoheit der Pflege</b> , da die Einfuhr- und Ausfuhrkontrolle sowie die Beobachtung der Haut (die Anzeichen auf z.B. Exsikkose geben kann) durch die Fachpflege vorgenommen wird. Die Pflege erkennt häufig als erste Probleme im Flüssigkeitshaushalt des Patienten.
<b>28. Stomabehandlung</b> <small>[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.</small>	Die DGP schließt sich dem Votum von PatV, und GKV-SV an  Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit festlegen können
<b>29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</b>	Die DGP unterstützt das Votum der PatV.

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</b>	
05.05.2022	
Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.	Die Pflegefachkraft vor Ort hat den Blick auf den Bedarf des Patienten und muss deshalb Dauer und Häufigkeit selber bestimmen können
<b>31. Wundversorgung einer akuten Wunde</b> Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.	Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege und durch diese zu verordnen Ansonsten schließt sich die DGP dem GKV.SV und der PatV. an
<b>31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde</b> In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.	Wundversorgung sollte zu den Substitutionsaufgaben der speziell dafür ausgebildeten Fachpflege zählen und durch diese zu verordnen sein. Die Pflege hat in der Ausbildung und im Studium spezielle Unterrichtseinheiten zur Wundversorgung, die nicht das Medizinstudium beinhaltet. Die Pflegefachkraft ist somit besser und umfangreicher ausgebildet und im Expertenstandard Chronische Wunden ist der Aufgabenbereich im speziellen definiert. Dies ist verpflichtend für jede Pflegefachkraft danach zu arbeiten und sich in der Thematik weiterzubilden, was letztlich dazu führt, eine Pflegefachkraft in die Verantwortung dafür zu nehmen. Zudem muss die Pflegefachkraft Dauer und Häufigkeit bestimmen, denn sie hat den Blick auf den Bedarf und die Umgebung des Patienten