

Lizenziert für die Autoren zum privaten Gebrauch. Weitergabe, Nachdruck oder elektronische Veröffentlichung nur mit Genehmigung des Verlags. © mhp Verlag 2023

Chancen auf faire Vergütung in der ambulanten Wundversorgung mit dem Appell, der Pflege mehr Eigenverantwortung und Anerkennung zu geben

Inga Hoffmann-Tischner

Hintergrund

Am 1. Oktober 2020 trat die neue Häusliche Krankenpflegerichtlinie (HKP) nach SGB V §37 in Kraft, in der das Thema Wundversorgung zum ersten Mal neu geregelt wurde. Davor war bundeseinheitlich die Wundbehandlung von der Dekubitusbehandlung getrennt behandelt worden.

Auf Verordnung der Häuslichen Krankenpflege musste der Grad bzw. die Kategorie des Dekubitus angegeben werden, da je nach Bundesland ggf. unterschiedliche Vergütungssätze resultieren. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise war die Versorgung eines Dekubitus Grad/Kategorie 2 geringer, die Versorgung des Dekubitus Grad/Kategorie ab 3 aber höher vergütet als die Wundbehandlung (jeglicher Genese). Beide Leistungen zur Dekubitusbehandlung Grad/Kategorie 2 und 3 beinhalteten den Wundverband, die Positionierung sowie die Dokumentation. Dieser Umstand verursachte nicht selten Nachfragen seitens der Kostenträger beim Pflegedienst, z. B. ob sich denn der Grad/die Kategorie des Dekubitus im Laufe der Behandlung aufgrund fortgeschrittener Wundheilung nicht schon verringert hätte. Für Pflegedienste, deren Mitarbeitende häufig in solchen „Definitionsfragen“ nicht „sattelfest“ waren, hatte dieses Vorgehen regelmäßig Vergütungskürzungen zur Folge. Und dies, obwohl in den evidenzbasierten Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Dekubitus (Prävention Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline [1]), die nahezu weltweit Anwendung finden, klar geregelt ist, dass sich ein Dekubitus nicht von Grad I nach IV entwickelt oder heilt. Aus diesem Grund war ja auch die Bezeichnung „Kategorie“ eingeführt worden.

Diese Probleme wurden zwar zum Glück in der Neufassung der HKP geregelt, die Neuerungen sind aber noch nicht überall in Köpfen der Beteiligten

bei Kassen und Pflegediensten angekommen, so dass die eben beschriebenen Probleme und Nachfragen vielfach noch bestehen.

Akute Wunde

Die neue HKP-Richtlinie gilt für den Verordner, sei es der niedergelassene Allgemeinmediziner, der Facharzt oder das Krankenhaus im Rahmen der Überleitung wie auch für den Patienten und eben auch den häuslichen Pflegedienst, der nach § 132a Abs. 1 Ziff. 1 SGB V zugelassen ist [2]. In der neuen Richtlinie gibt es nun zwei Leistungen, die die Wundversorgung regeln: die Leistung 31 und die Leistung 31a. Die Leistung 31 „Wundversorgung einer akuten Wunde“ wird vom G-BA wie folgt beschrieben: *„Eine akute Wunde tritt nach einer Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilt.“*

Die Leistung inkludiert folgende Tätigkeiten: Anlegen und Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln sowie Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen. Zudem ist eine Wunddokumentation zu führen, die Parameter wie Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen und Entzündungszeichen beinhaltet. Zusätzlich soll ein Wundfoto angefertigt werden.

Bei Veränderungen ist der Verordner zu informieren und die Verordnung sollte jeweils als Erst- oder Folgeverordnung für 4 Wochen ausgestellt werden.

Weitere Dokumentationen sind nur angezeigt, wenn es zu Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuter Verschlechterung kommt; dies sind Komplikationen und bedürfen der Arztinformation wie auch einer neuen Verordnung zur Leistung 31a.

Chronische und schwer heilende Wunde

Die Leistung 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ ist nun komplexer in ihrer Anforderung: Zunächst einmal fordert sie genau wie die Leistung 31 das gleiche Verordnungsintervall. Der wohl wichtigste Abschnitt der langen Leistungsbeschreibung ist die Voraussetzung: *„Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab“*. *„Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 verordnet wurde“*.

Hinweis: Es ist für den Leistungserbringer bei der Erstverordnung einer schwer heilenden Wunde, die weniger als 12 Wochen besteht, besonders wichtig, diesen letzten Abschnitt der Voraussetzung bei Rückfragen des Kostenträgers „parat zu haben“.

Wenn aufgrund einer komplexen, chronischen Grunderkrankung von einem schwer heilenden Prozess auszugehen ist, der zudem einen größeren Leistungsumfang benötigt, wurde genau dies vom G-BA berücksichtigt.

Zunächst einmal fordert die Leistungsbeschreibung der Leistung 31a im Gegensatz zur Leistung 31 eine Pflegefachperson, die eine Weiterbildung für den Bereich Wundversorgung hat. Umfang und Schulungsinhalte regelt die Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege des GKV [3].

Diese Rahmenempfehlung regelt grundsätzliche Anforderungen an den ambulanten Pflegedienst für die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse für behandlungspflegerische Leistungen, aber auch spezielle Anforderungen wie beispielsweise die Erbringung von Leistungen im Rahmen beatmungspflichtiger Menschen, der psychiatrischen Pflege oder jetzt die Spezialisierung im Bereich der Wundversorgung für Men-

Lizenziert für die Autoren zum privaten Gebrauch. Weitergabe, Nachdruck oder elektronische Veröffentlichung nur mit Genehmigung des Verlags. © mhp Verlag 2023

schen mit chronischen/schwer heilenden Wunden.

Die Weiterbildung setzt den Umfang mit 84 Unterrichtseinheiten (UE) je 45 Minuten mit ausgewiesenen Themen (s. Tab. 1) und bestandener Prüfung voraus. Zudem muss der Pflegedienst, der sich für die Abrechnung der Leistung 31a spezialisiert, eine Leitung mit einer Weiterbildung für diesen Bereich im Umfang von 168 UE je 45 Minuten mit ausgewiesenen Themen (s. Tab. 1) und bestandener Prüfung benennen.

Jährlich müssen 10 Zeitstunden von jeder spezialisierten Pflegefachperson im Bereich der Wundversorgung erbracht werden. Der GKV-Spitzenverband räumt ein komfortables Zeitfenster für die Erfüllung der Voraussetzung ein, damit Pflegedienste auch die Möglichkeit haben, ihre Pflegefachpersonen zu schulen.

Bei Neugründung eines Pflegedienstes müssen allerdings zur Erbringung und Abrechnung der Leistung 31a alle Voraussetzungen bereits erfüllt sein.

Leistungsbeschreibung der HKP-Richtlinie

Bei den Angaben zum Leistungsumfang in der Richtlinie muss man ein wenig „querlesen“, denn z. B. schließen sich Tätigkeiten durch andere Leistungen aus. Hier hat der G-BA klare Vorgaben gemacht, aber der GKV-Spitzenverband hat nachjustiert.

Eine chronische und schwer heilende Wunde kann bereits ab dem ersten Tag vorliegen wie beispielsweise beim Ulcus cruris venosum oder dem Diabetischen Fußsyndrom (DFS), denn hier liegt die Komplikation bereits in der Diagnose der chronischen Grunderkrankung.

Genauso definiert es ja auch die medizinische Fachgesellschaft ICW e. V. in ihrer Definition [4]: „Eine Wunde, die nach 8 Wochen nicht abgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet. Unabhängig von dieser zeitlich orientierten Definition gibt es Wunden, die von Beginn an als chronisch anzusehen sind, da ihre Behandlung eine Therapie der Ursache erfordert. Hierzu gehören beispielsweise das Diabetische Fußsyndrom, Wunden bei pAVK, Ulcus cruris venosum oder Dekubitus“ (s. auch Abb. 1).

Der G-BA benennt aber auch explizit diese Wunddiagnose und weist darauf hin, dass hier zusätzlich eine Kompressionstherapie (Leistung Num-

mer 31b) erfolgen soll, außer bei Kontraindikation.

Der ganze Widersinn in der Betrachtungsweise und das Informationsdefizit bei den Krankenkassen zeigte sich in meinem Betrieb am Beispiel eines zeitraubenden Telefonates mit einem Sachbearbeiter einer Krankenkasse, der die ärztliche Erstverordnung zur Wundversorgung bei chronischer/schwer heilender Wunde nach Leistungsnummer 31a mit den Diagnosen CVI und Ulcus cruris venosum „nur“ als akute Wundver-

sorgung nach Leistung 31 genehmigte. Dies mit der Begründung, dass aufgrund der durchzuführenden Kompressionstherapie die Wunde nicht mehr schwer heilend sei.

Generelle Folgen dieser Auslegung wären nun, dass die Versicherten keinerlei Edukation hinsichtlich der Selbstpflege, der wundheilungsfördernden Maßnahmen oder eine Motivation zur Adhärenz hinsichtlich der Kausaltherapie der Kompression oder Anleitung zur z. B. Venengymnastik erhalten würden.

Tabelle 1: Zusatz- Anforderungen an die Eignung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der HKP nach der Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (§ 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege) [4]

	Qualifikationsanforderung an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung (168 Unterrichtseinheiten)	Qualifikationsanforderung für übrige an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation (84 Unterrichtseinheiten)
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Physiologie und Anatomie der Haut • Gefäßsystem • Wunde, Wundheilung • Mikrobiologie und Hygiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiologie und Anatomie der Haut • Gefäßsystem • Wunde, Wundheilung • Mikrobiologie und Hygiene
Krankheitsbilder wie:	<ul style="list-style-type: none"> • gefäßbedingte Erkrankungen • chronische Venöse Insuffizienz (CVI) und Ulcus cruris • Differentialdiagnosen des Ulcus cruris • periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) • Lymphangiopathien • Diabetisches Fußsyndrom (DFS) • Dekubitalulkus und Dekubitusprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> • gefäßbedingte Erkrankungen • chronische venöse Insuffizienz und Ulcus cruris • periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) • Lymphangiopathien • Diabetisches Fußsyndrom (DFS) • Dekubitalulkus und Dekubitusprophylaxe
Lokaltherapie: Behandlungsprozess/ Management	<ul style="list-style-type: none"> • Wundbehandlungsprozess • Debridement • Wundbehandlungsmittel und deren Anwendungsmethoden • Vakuumversiegelung • Verbandstechniken • stagnierende Wunden • palliative Wundversorgung bei inoperablen (ex)ulzerierenden/entstellenden Hauttumoren, Metastasen, Sarkomen • plastisch-rekonstruktive Maßnahmen • Verbrennung • Verbrennungswunde, Strahlenulcus und instabile Narben 	<ul style="list-style-type: none"> • Wundbehandlungsprozess
Adjuvante (unterstützende) Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Kompressionstherapie • Schmerzempfindung und -therapie • Ernährung • Heilmittel • Orthopädietechnik und Hilfsmittel • hyperbare Sauerstoff-Therapie (HBO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompressionstherapie • Schmerzempfindung und -therapie • Ernährung
Rahmenbedingungen/ergänzende Themenbereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Wunddokumentation • ergänzende Dokumentation in der Lymphologie • Qualitätssicherung in der Wundtherapie • Schnittstellenmanagement (Organisation, Überleitungs- und Entlassungsmanagement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Qualitätssicherung in der Wundtherapie und Schnittstellenmanagement

Lizenziert für die Autoren zum privaten Gebrauch. Weitergabe, Nachdruck oder elektronische Veröffentlichung nur mit Genehmigung des Verlags. © mhp Verlag 2023

Aber genau dies ist ja Bestandteil der Leistung 31a, die der G-BA in der Richtlinie wie folgt beschreibt: „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.“

Es wird hier doch deutlich, dass die Wege zwischen verordnendem Arzt bzw. Ärztin und spezialisierter Pflegefachperson kurz sein müssen und dass Fachkompetenz zum Krankheitsbild, zur Wundheilung sowie Sozialkompetenz zur Edukation bei der spezialisierten Pflegefachperson vorliegen muss.

In der G-BA-Richtlinie heißt es weiter: „Die Leistung 31a hat nicht ausschließlich das Ziel Wundheilung! Ein weiteres Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie eine Symptomlinderung sein, wenn eine Wundheilung aufgrund der individuellen Situation wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann.“

Zudem ist diese Leistung bundeseinheitlich gesondert abrechenbar! Ein Pflegedienst ohne Spezialisierung kann beispielsweise die Medikamentengabe (Leistungsnummer 26) übernehmen und ein spezialisierter Pflegedienst erbringt die Wundversorgung bei chronisch/schwer heilender Wunde (Leistungsnummer 31a).

Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlung

Wirft man nochmals einen Blick in die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, so finden wir die Forderung nach einem Wundfoto (die Pflegefachperson muss die Einwilligung zunächst einholen) sowie nach Wundvisiten zur Beurteilung der Wundsituation durch die fachliche Leitung im Intervall von maximal 4 Wochen.

Weitere notwendig werdende Behandlungspflegerische Leistungen sind durch die fachliche Leitung in direkter Absprache mit dem Verordner anzuregen und im Netzwerk zu initiieren.

Hindernisse bei der Verordnung

Allerdings scheint bei näherer Betrachtung der überarbeiteten Verordnung der häuslichen Krankenpflege, Muster 12a [5], ein kleiner, aber folgenschwerer Fehler unterlaufen zu sein, denn der Ver-

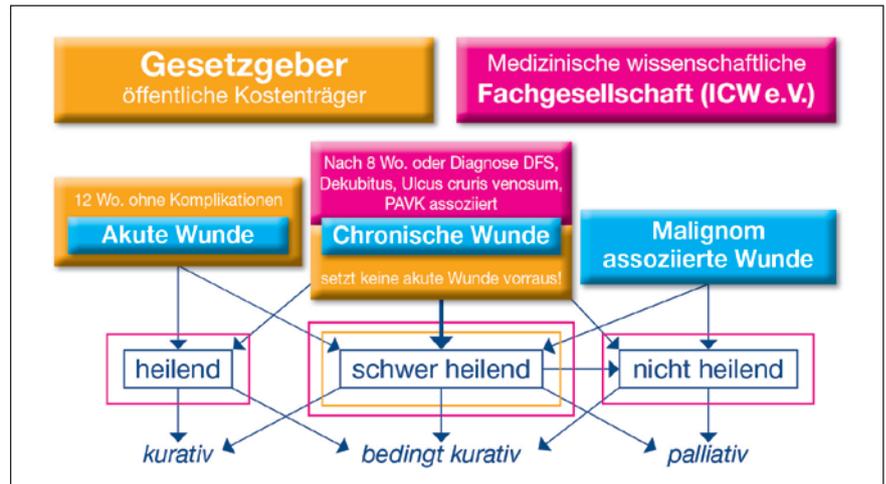


Abb. 1 Darstellung der Diskrepanz der Abgrenzung und Definition der verschiedenen Wundbegriffe zwischen dem Gesetzgeber und der Fachgesellschaft Initiative Chronische Wunden e.V.

ordner muss sich zwischen **Wundversorgung akut und Wundversorgung chronisch** entscheiden. Hier ist **leider der Wundzustand „schlecht heilend“ gar nicht vermerkt** (Abb. 2).

Diesem Umstand geschuldet ist nun häufig eine fehlerhafte Verordnungsaussstellung, die auch wieder zu vermeidbaren Laufwegen, Telefonaten und damit ggf. zu nicht fristgerecht eingereichten Verordnungen beim Kostenträger führt, wie nachfolgende Beispiele zeigen.

Nehmen wir die Überleitung aus dem Krankenhaus: Ein Patient mit großer Nahtdehiszenz nach Amputation mit Entzündungszeichen wird als „akut“ klassifiziert, da die Operation nur wenige Tage zurück liegt. Gemeint und ge-

wollt ist aber, dass bei dieser komplikationsbehafteten Wunde eine spezialisierte Pflegefachperson die Wunde weiterbehandelt, einschließlich der Edukation und der engen Absprache zwischen ambulantem Verordner, der Klinik und des Betroffenen/der Angehörigen.

Ein weiteres Beispiel für das versehentlich falsche Ausstellen der Verordnung geschieht täglich in der typischen Hausarztpraxis. Aufgrund der geringen Anzahl an Wundpatientinnen und -patienten ist es nur verständlich, dass weder die medizinische Fachangestellte noch der Verordner selbst über tiefe Kenntnisse zu den Leistungsbeschreibungen der HKP-Richtlinie verfügen. Nun soll ein Patient, der am Vortag in

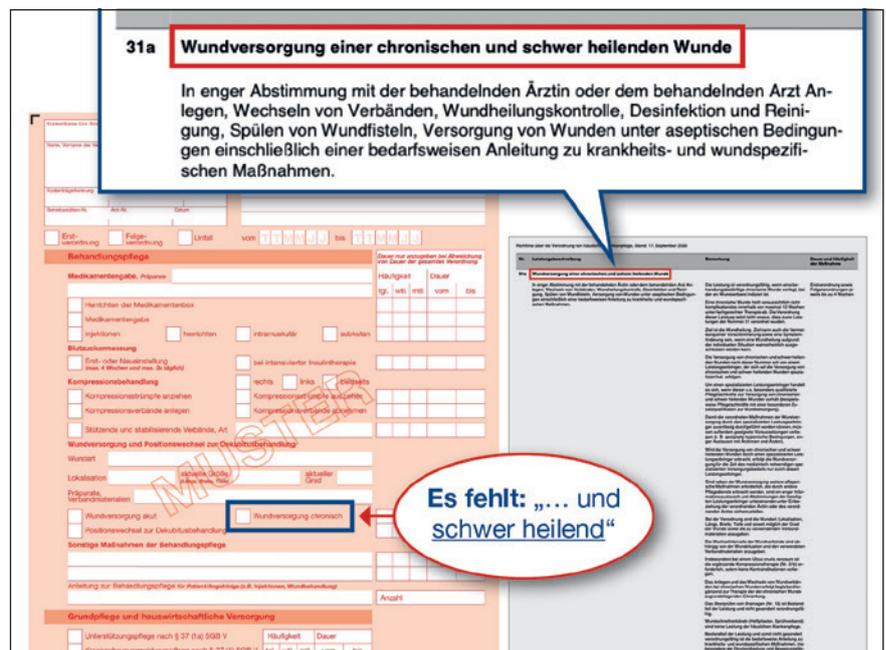


Abb. 2 Muster 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ ohne die Auswahlmöglichkeit „Wundversorgung chronisch und schwer heilend“ [5].

Lizenziert für die Autoren zum privaten Gebrauch. Weitergabe, Nachdruck oder elektronische Veröffentlichung nur mit Genehmigung des Verlags. © mhp Verlag 2023

einen rostigen Nagel getreten ist, vom Pflegedienst weiter versorgt werden. Dieser Mensch ist, wie so oft, aufgrund multifaktorieller Geschehen in seiner Bewegung stark eingeschränkt und hat einen Diabetes mellitus. „Natürlich“ wird das Kreuz wieder bei Wundversorgung akut gesetzt (Abb. 2) da die Wunde erst am Vortag entstanden ist. „Gewollt“ war aber eine Versorgung durch eine speziell geschulte Pflegefachperson, die sich mit der komplexen Behandlung des schwer heilenden Diabetischen Fußsyndroms gut auskennt und den Patienten bestmöglich mittels Edukation und Netzwerk in die Wundheilung begleitet.

Auch die komplexe Wunddiagnose Dekubitus weist eine Besonderheit in der neuen HKP-Richtlinie auf. Der G-BA hat die Leistungsbeschreibung der Leistung Nummer 12 wie folgt formuliert: „*Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.*“

In dieser Leistung geht es um die Positionierung der Betroffenen. Sie fordert die Positionierung nebst Dokumentation mittels Positionierungsplanes sowie die Schulung der Angehörigen, um die Positionierung eigenständig durchzuführen. Gibt es keine Angehörigen oder haben diese nur ein sehr begrenztes Zeitlimit, kann die Leistung nur durch den Pflegedienst erbracht werden. Hier wurde keine Limitierung der möglichen Einsätze pro Tag festgelegt. Diese Leistung erfordert keine Spezialisierung des Pflegedienstes. Ab einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 ist Wundversorgung notwendig und muss gesondert verordnet werden.

An dieser Stelle ist es irreführend, dass der G-BA beide möglichen Wundversorgungstypen 31 und 31a als Optionen nennt. Denn in der Beschreibung des Edukationsauftrages in den Bemerkungen der Leistung 31a findet sich der explizite Verweis zur gezielten Edukation zur Druckentlastung und Bewegungsförderung.

In der Praxis kann die Positionierung ähnlich wie die Medikamentengabe sowohl durch einen klassischen als auch durch einen spezialisierten Pflegedienst erfolgen, **aber die Wundversorgung einschließlich des komplexen Wundmanagements samt der Edukation zur**



Abb. 3 In wenigen Jahren wird sich der demografische Wandel in der Pflege weiter bemerkbar machen, indem eine steigende Anzahl zu pflegender Menschen einer immer geringer werdenden Anzahl Pflegenden gegenübersteht. Das Problem zeigt sich bereits jetzt. Die fachliche Pflege wird und muss sich daher in Ihren Leistungen verändern.

Selbstpflege und wundheilungsfördernden Maßnahmen, die über das Positionieren hinausgehen, fällt in die Durchführungshoheit des spezialisierten Pflegedienstes.

Was sich schon in der Leistungsbeschreibung der Richtlinie kompliziert liest, wird in der Praxis nicht einfacher. Umso wichtiger ist es, dass die fachliche Leitung des Spezialisierten Pflegedienstes „die Fäden in der Hand hat“ und die Versorgung im Netzwerk organisiert, was die Notwendigkeit des Vorhandenseins des spezialisierten Pflegedienstes und seiner Aufgaben nochmals unterstreicht.

Auch die Möglichkeit, dass zwei verschiedene Pflegedienste bei den Betroffenen gleichzeitig im Einsatz sein können, ist für die HKP nicht grundsätzlich neu. Diese besteht bereits in der Begutachtungsanleitung der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)“ zur stationären Hospizversorgung im palliativen Setting SAPV oder in der „allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)“. Hier tun sich die Kostenträger im Genehmigungsverfahren jedoch noch unterschiedlich schwer.

Dass Leistungen nur von spezialisierten Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation in Höhe von 320 Stunden in der psychiatrischen Krankenpflege, 160 Stunden in der palliativen

und 200 Stunden in der außerklinischen ambulanten Intensivpflege erbracht werden dürfen, ist schon länger gängige Praxis.

Der politische Wille

Es ist als gutes Zeichen zu verstehen, und genau das, was Leistungserbringer wollten, dass der G-BA die Wundversorgung mit der entsprechenden Spezialisierung als gesondert zu vergüten deklariert hat. Nämlich die Anerkennung des pflegerischen Fachwissens und der Notwendigkeit der Edukation sowie des Wundmanagements und die Organisation eines Netzwerkes „um die Wunde herum“.

Wir, die Wundbegeisterten aus der professionellen Pflege, tun gut daran, nun klug und wirtschaftlich zu verhandeln, um für unsere Leistungen, die sich neben der tatsächlichen Wundbehandlung eben nicht nur auf das „Wechseln und Anlegen des Verbandes“ beschränken, eine faire Vergütung zu erhalten.

Zum 24.12.2022 trat wieder eine Neuregelung der HKP-Richtlinie in Kraft. Aufgrund der Gesetzeserweiterung des SGB V um die Abschnitte 37.8, 37.9 und 37.10 erhält der ambulante Pflegedienst die Kompetenz zur Festlegung von Dauer und Häufigkeit bestimmter Leistungen.

Dies ist für die Kostenträger, aber auch für Pflegedienste, ganz neu. Denn

Lizenziert für die Autoren zum privaten Gebrauch. Weitergabe, Nachdruck oder elektronische Veröffentlichung nur mit Genehmigung des Verlags. © mhp Verlag 2023

„normalerweise“ darf die professionelle Pflege im Bereich der Behandlungspflege wenig bis nichts entscheiden und Kostenträger reduzieren nicht immer nur über MD-Empfehlungen Dauer und Häufigkeit von Leistungen.

Um diese Erweiterung durchzusetzen, ist Eigenverantwortung gefragt. Jeder zugelassene Pflegedienst sollte von dieser neuen Kompetenzzuweisung mutig Gebrauch machen, auch wenn dies erst einmal umfangreiche Telefonate der Mitarbeitenden der Pflegedienste mit den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Kostenträger mit sich bringt.

Take-home-message

Es muss aufhören, dass die Notwendigkeit von Leistungen durch Kostenträger angezweifelt wird, obwohl sie ärztlich verordnet und von einem spezialisierten Pflegedienst mit transparenter Kompetenz beantragt wurden.

Allein die Umstände des komplizierten Genehmigungsverfahrens, währenddessen innerhalb von nur drei Tagen (!) die ärztliche Verordnung nebst Unterschriften aller Beteiligten (ggf. Betreuerinnen und Betreuer) beim Kostenträger vorliegen muss, oder auch Rechnungskürzungen aufgrund fehlender Kompetenz beim Kostenträger bzw. fehlender Genehmigung trotz eindeutiger und

fristgerecht eingereichter Verordnung, sind schon recht zweifelhaft aus Sicht der Leistungserbringer.

An dieser Stelle muss einmal daran erinnert werden, dass der gesetzliche Sicherstellungsauftrag für die Versicherten bei den Kostenträgern, also den Krankenkassen, liegt und diese sich der Pflegedienste nur als „Subunternehmer“ bedienen. **Da mutet es doch merkwürdig an, dass sich der „Subunternehmer“ für die Rechte der Versicherten beim Auftraggeber einsetzen muss.**

Mit der Erweiterung der Kompetenzen der hochqualifizierten Pflegefachpersonen mit einschlägiger Weiterbildung (für die **eigenverantwortliche Feststellung der notwendigen Leistungen** in Verbindung mit einer unkomplizierten Abrechnung) wäre endlich ein weiterer längst überfälliger Schritt getan, um Ressourcen durch Entbürokratisierung zu schaffen. Dies käme allen Beteiligten und vor allem den Betroffenen zu Gute.

Um angesichts der demografischen Entwicklung professionelle Pflege auch in Zukunft leisten zu können (Abb. 3), muss die Misstrauenskultur gegenüber der Pflege endlich aufhören!

Inga Hoffmann-Tischner

Inhaberin Wundmanagement Köln & Wundmanagement Aachen (SPWC)
Pflegedienstleitung Kölner Pflegedienst
www.wundmanagement-koeln.de

Literatur

1. **National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance:** Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Internet: <https://www.ehob.com/media/2018/04/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline.pdf> Letzter Abruf: 22.2.2023.
2. **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege** veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.09.2020 B2) in Kraft getreten am 1. Oktober 2020. Internet: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtlicher-teil?0&year=2020&edition=BAnz+AT+30.09.2020>. Letzter Abruf am 22.2.2023
3. **Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V** zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 28.10.2021 des GKV-Spitzenverbandes.
4. **Dissemmond J, Bültemann A, Gerber V, Jäger B, Kröger K, Münter C:** Standards des ICW e. V. für die Diagnostik und Therapie chronischer Wunden. WUNDmanagement 2017; 11(2): 81–86. Internet: https://www.icwunden.de/fileadmin/Fachinfos/Standards/Standards_2020_web.pdf. Letzter Abruf am 22.2.2023.
5. **Quelle der Verordnung der häuslichen Krankenpflege Muster 12a.1/E (10.2020) KBV.** Internet: https://www.kbv.de/media/sp/Muster_12_2020.pdf. Letzter Abruf am 22.2.2023