

## Infobrief Ältere Menschen und Pflege

FG Ambulant, Hausverteiler

### Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Newsletter erhalten Sie Informationen des Fachbereichs "Ältere Menschen und Pflege" des PARITÄTISCHEN Landesverbandes Baden-Württemberg. Zum direkten Aufrufen des Beitrages ist eine Anmeldung im internen Systems der Homepage notwendig. Generell freuen wir uns über Ihre Rückmeldung bezüglich des Informationstransfers und nehmen Ihre Vorschläge, Anmerkungen oder auch Kritik jederzeit gerne entgegen. Alle Newsletter und Info-Briefe finden Sie auch in unserem [Archiv](#).

## Häusliche Krankenpflege-Richtlinie gem. § 92 SGB V

### Psychiatrische häusliche Krankenpflege



Mit Schreiben vom 25. Juli 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit den G-BA um Prüfung eines Aktualisierungsbedarfs der in der HKP-RL enthaltenen Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) gebeten und mögliche Änderungsbedarfe adressiert. Der G-BA hat in seiner Sitzung am 17. Januar 2008 beschlossen, angesichts inhaltlicher Überschneidungen aufgrund vieler ähnlich gelagerter Versorgungsprobleme und Regelungsbedarfe die Beratungen zur pHKP und die Beratungen zur Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinie zusammenzuführen. Die Beratungen zur pHKP wurden mangels hinreichender Datenlage und im Rahmen der Beratungsplanung zunächst zurückgestellt und nach Abschluss der Beratungen zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im Mai 2015 wiederaufgenommen. Da aus einer systematischen Recherche der aktuellen Studienlage zur pHKP keine neuen Erkenntnisse zu gewinnen waren, wurde im Februar 2016 ein Expertengespräch zu diesem Thema durchgeführt (siehe Dokumentation Kapitel 6).

Die vorgenommenen Änderungen beschränken sich auf die in § 4 der Richtlinie geregelten Besonderheiten der pHKP und die unter Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen enthaltenen Ausführungen und Diagnosen für die Verordnung von pHKP.

## Änderungen in § 4 der Richtlinie

### **Ergänzendes Ziel der pHKP (§ 4 Absatz 2 neu)**

Mit Absatz 2 wird die reguläre Zielsetzung der HKP-RL ergänzt, um die Besonderheit der pHKP hervorzuheben. Die pHKP soll dazu beitragen, dass die oder der Versicherte mit einer schweren psychischen Störung im Rahmen ihrer oder seiner Möglichkeiten in der gewohnten häuslichen Umgebung leben kann. Bezugspunkt ist demnach das aufgrund der vorliegenden psychischen Erkrankung bestmöglich erreichbare Funktionsniveau.

### **Verordnungsdauer (§ 4 Absatz 4 neu)**

Die Regelungen für die Dauer der Verordnung von pHKP ergeben sich aus Absatz 4 (bisher Absatz 3). Sie wurden mit der aktuellen Beschlussfassung zur einheitlichen Handhabung in der Praxis präzisiert. Mit Blick auf die Dauer der Erstverordnung ergeben sich folgende mögliche Konstellationen:

1. Wenn der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zum Zeitpunkt der Erstverordnung eine Einschätzung möglich ist, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die in Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten umgesetzt werden kann (vgl. § 4 Absatz 3), ist die Dauer der Erstverordnung im Einzelfall und abhängig vom Bedarf der oder des Versicherten zu bestimmen. Es handelt sich hierbei nicht um eine Neuregelung, sondern um eine Klarstellung einer bestehenden Regelung.
2. Ist der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt eine Einschätzung, ob die in § 4 Absatz 3 genannten Voraussetzungen vorliegen, zum Zeitpunkt der Erstverordnung nicht möglich, ist die Erstverordnung zunächst auf 14 Tage beschränkt. Hierbei soll eingeschätzt werden, ob die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und der Beziehungsaufbau generell möglich ist. Hier hat die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt die Möglichkeit der Kontrolle und Überprüfung, ob diese Leistung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist.

### **Weitere Leistungsinhalte (§ 4 Absatz 5 neu)**

Satz 1 ist angelehnt an die bisherige Formulierung in § 4 Absatz 3 Satz 2. Statt dem bisherigen Begriff der Angehörigen wird nun der treffendere Begriff der „relevanten Bezugspersonen“ verwendet. Die Anleitung oder der Einbezug relevanter Bezugspersonen dient dazu, deren Ressourcen zur Unterstützung der Versicherten oder des Versicherten zu stärken. Damit ist kein eigenständiger Leistungsanspruch von relevanten Bezugspersonen gemeint. Mit „relevant“ sind in diesem Zusammenhang Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten gemeint. Solche relevanten Bezugspersonen können insbesondere Eltern, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Geschwister und Kinder oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten bzw. der Umsetzung der pHKP befasst sind.

Satz 2 konkretisiert, dass pHKP nach Möglichkeit in einer vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden soll, um eine optimale, differentialtherapeutisch abgewogene Behandlung zu gewährleisten. Zudem können durch sektorenübergreifendes Zusammenwirken der ärztlich-medizinisch-therapeutischen Versorgung und des Hilfesystems, wie es durch weitere Leistungserbringer des psychosozialen Bereiches gegeben ist, synergistische

Effekte genutzt werden.

### **Verordnungsberechtigte Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Absatz 6 neu)**

Die Verordnung von pHKP soll nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Facharztgruppen erfolgen, da bei den zu Grunde liegenden Krankheitsbildern grundsätzlich nur durch die genannten Fachärztinnen und Fachärzte eine gesicherte und fachgerechte Behandlung ermöglicht werden kann. In Absatz 6 (bisher Absatz 5) wurden die Facharztbezeichnungen gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aktualisiert und in Spiegelstrichen aufgeführt.

Im dritten Satz des neuen Absatzes 6 wurde klargestellt, dass auch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen dürfen. Die Ergänzung hat deklaratorischen Charakter.

Dadurch soll keine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von pHKP von anderen im Sinne des § 95 SGB V zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß der HKP-RL ermächtigter Einrichtungen erfolgen. Es handelt sich aufgrund der Bedeutung psychiatrischer Institutsambulanzen (PIAs) bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen um eine Klarstellung.

Die Verordnung der pHKP durch PIAs kann nach § 3 Absatz 1 Satz 1 der HKP-RL durch die in § 4 Absatz 6 genannten Ärzte erfolgen. Hierbei ist der Facharztstandard (vgl. § 5 der PIA-Vereinbarung) zu gewährleisten.

Der neue Satz 4 in Absatz 6 (bisher Satz 2 in Absatz 5) regelt, welche weiteren Arztgruppen unter welchen Voraussetzungen pHKP verordnen dürfen.

### **Verordnungsvoraussetzungen und regelmäßige Orientierung an der GAF-Skala (Absätze 8 und 9 neu)**

In Absatz 8 Satz 1 werden die Voraussetzungen für die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege abgebildet, die bisher am Ende der Spalte „Bemerkung“ unter Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses enthalten war. Dabei wurde klargestellt, dass Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nur ordnungsfähig sind, wenn durch die psychiatrische häusliche Krankenpflege die genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflusst werden können und damit ein Verbleib in der Häuslichkeit ermöglicht werden kann; dies schließt eine intermittierende stationäre Maßnahme nicht aus. Ist im Vorfeld erkennbar, dass die Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege keinen positiven Einfluss auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) haben, kann psychiatrische häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden.

Zur Operationalisierung der Bestimmung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und deren Ausmaß wird nun in Absatz 8 Satz 2 die Anwendung der GAF-Skala vorgesehen.

### **Öffnungsklausel (Absatz 10 neu)**

Im Rahmen der durchgeführten Expertenanhörung wurden die im Leistungsverzeichnis bisher genannten Diagnosen als relevante Diagnosen für eine pHKP grundsätzlich bestätigt und weitere relevante Diagnosen genannt. Dies hat der G-BA berücksichtigt. Grundsätzlich kann die Verordnung von pHKP daher nur bei den im Leistungsverzeichnis stehenden Diagnosen und den in § 4 Absatz 8 beschriebenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) bei einem GAF-Wert von 40 (höchstens ? 50) erfolgen (vgl. § 4 Absatz 9). Da abhängig vom Einzelfall psychiatrische häusliche Krankenpflege auch bei anderen psychischen Erkrankungen aus dem Bereich F00 bis F99 erforderlich sein kann, wurde – in Analogie zur Soziotherapie-Richtlinie – eine Öffnungsklausel für weitere Diagnosen eingeführt. Dabei ist im Rahmen der Verordnung besonders darauf zu achten, dass Kontraindikationen – insbesondere mit Blick auf eine Chronifizierung des Krankheitsbildes – ausgeschlossen werden (vgl. § 4 Abs. 10). Danach kann bei

psychisch schwer Erkrankten aus dem Diagnosebereich F00 bis F99 psychiatrische häusliche Krankenpflege im Einzelfall verordnet werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es liegen Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann. Dies spiegelt sich in einem GAF-Wert von kleiner gleich 40 wider.
- Die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in Nr. 27a des Verzeichnisses ordnungsfähiger Maßnahmen genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können. Es ist zu erwarten, dass die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele von der oder dem Versicherten erreicht werden können.
- Es ist absehbar, dass die pHKP dazu beitragen kann, dass die oder der Versicherte im Rahmen ihrer/seiner Möglichkeiten das Leben im Alltag selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann.

Die vorgenannten Anspruchsvoraussetzungen zur Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege außerhalb der Regelindikationen im Einzelfall müssen aus der Verordnung nachvollziehbar hervorgehen. Im Übrigen gilt mit Blick auf den Leistungsinhalt und -umfang die Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses.

#### **Vorzeitige Leistungsbeendigung (§ 4 Absatz 11 neu)**

Die Ausführungen haben klarstellenden Charakter und bestätigen die grundsätzliche Geltung des § 7 Absatz 2 und des § 3 Absatz 5 HKP-RL.

#### **Vorzeitige Leistungsbeendigung (§ 4 Absatz 12 neu)**

Die Therapieziele der pHKP müssen in einem begrenzten Zeitraum erreichbar sein. Die pHKP kann nur solange verordnet werden, wie mindestens ein Therapieziel gemäß Absatz 2 aus fachlicher Sicht noch erreicht werden kann. Wenn die Therapieziele bereits vor Ablauf der Verordnung erreicht werden, ist die pHKP zu beenden und die Krankenkasse umgehend zu informieren. Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege sind zu beenden, wenn die Durchführung der Leistung aufgrund der mangelnden Mitwirkung der oder des Versicherten nicht möglich ist (z.B. wenn der Pflegedienst wiederholt nicht in die Wohnung gelassen wird).

## **Empfehlungen**

Diese Leistungen kommen somit auch bei kognitiv eingeschränkten Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf in Frage.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits mit einem Beschluss vom 19. Juli 2018 in seiner Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und dem Leistungsverzeichnis die Besonderheiten zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) u?berarbeitet, so dass Versicherte mit einer schweren psychischen Störung im Rahmen ihrer Möglichkeiten in der gewohnten häuslichen Umgebung diese Leistung erhalten können.

Die Änderungen betreffen neben den Leistungszielen und der Leistungsbeschreibung auch die spezifischen Verordnungsvoraussetzungen, z. B. wurde die Liste der Diagnosen und der Grad der Fähigkeitsstörungen erweitert. Zur Bestimmung wird künftig die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) herangezogen, eine international anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen.

Zur den Maßnahmen gehören beispielsweise gezielte Gespräche, aufmerksames Beobachten, Übungen oder Begleitung. Behandelbar sind beispielsweise Störungen des Antriebs, der Ausdauer und Belastbarkeit, der Tagesstrukturierung, der Kontaktfähigkeit, der Konzentration und Merkfähigkeit, des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs. Im Einzelnen sind dies:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen).

Somit sind die Leistungen bei folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
- F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- F01.1 Multiinfarkt-Demenz
- F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz
- F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit
- F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- F02.2 Demenz bei Chorea Huntington
- F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
- F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit
- F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern
- F04.- Organischem amnestischen Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- F06.0 Organischer Halluzinose
- F06.1 Organischer katatoner Störung
- F06.2 Organischer wahnhafter Störung
- F06.3 Organischer affektiver Störungen
- F06.4 Organischer Angststörung
- F06.5 Organischer dissoziativer Störung
- F06.6 Organischer emotional labiler Störung
- F07.0 Organischer Persönlichkeitsstörung
- F07.1 Postenzephalitisches Syndrom
- F07.2 Organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
- F20.Schizophrenie/F21.- Schizotyper Störung
- F22.Anhaltender wahnhafter Störung
- F24.Induzierter wahnhafter Störung
- F25.Schizoaffektiver Störung
- F30.Manischer Episode
- F31.Bipolarer affektiver Störung mit Ausnahme von: F31.7 – F31.9
- F32.Depressiver Episode mit Ausnahme von: F32.0, F 32.1 und F 32.9
- F33.Rezidivierender depressiver Störung mit Ausnahme von: F33.0, F 33.1, F 33.4, F 33.8 und F33.9
- F41.0 Panikstörung, auch wenn sie auf sozialen Phobien beruht
- F41.1 Generalisierter Angststörung

wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der

Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann und das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann:

- Störungen des Antriebs oder der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs
- Einbußen bei
  - der Kontaktfähigkeit,
  - den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken,
  - dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik,
  - dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen

### Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen:

- bis zu 4 Monate bis zu 14 Einheiten pro Woche (abnehmende Frequenz)

Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzulegen.

[» weiter zur Richtlinie](#)

## Veranstungshinweise

### Netzwerke als zukünftige Arbeitsform der seniorenbezogenen Dienste im Quartier



**Termin: 09.11.2018 - 09:30 Uhr - 17:00 Uhr**

Im Rahmen einer neuen Landespflegestrukturgesetzgebung werden ab 2019 Anreize geschaffen, in denen die Städte und Landkreise in Baden-Württemberg regionale Pflegekonferenzen einrichten, in denen Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Pflegebedürftigen und Leistungserbringer kooperieren. Sie bilden ein Netz der Verantwortung für die sozialen Dienstleistungen in der Kommune heraus, indem sie beurteilen, welche vorhandenen Angebote und Strukturen für eine wohnortnahe Pflege im Quartier miteinander zu Versorgungsketten verbunden werden können und welche im Rahmen einer Sozialplanung neu geschaffen werden müssen.

Das Themenspektrum reicht vom barrierefreien Nahverkehr über die Organisation neuer Formen der Nachbarschaftshilfe bis hin zur Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens.

[» weiter zum Beitrag](#)

## Gemeinschaftlichen Wohn- und Immobilienerwerb und Nutzung im Stadtteil organisieren Quartiergenossenschaften erfolgreich gründen

**GEIMEINSAM  
MEHR ERREICHEN!**  
Sozialgenossenschaft

**Termin: 26.11.2018 - 27.11.2018 - ganztägig**

Die gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Rechtsform der Genossenschaft erlebt aktuell eine Renaissance. Dies gilt besonders für Projekte des gemeinschaftlichen Wohnens und für soziale Aktivitäten im Quartier.

Genossenschaftliche Lösungen eignen sich im besonderen Maße für Konzepte gemeinschaftlichen Handelns einhergehend mit Immobilienerwerb. Erste Leitfäden, Tagungen und zahlreiche Neugründungen sind die Folge. Erfreulicherweise gibt es vereinzelt auch finanzielle Unterstützung für sozial- bzw. wohnungsgenossenschaftliche Konzepte.

[» weiter zum Beitrag](#)

## Gegenseitige Hilfe in der Nachbarschaft Sozial- und Seniorengenossenschaften erfolgreich gründen

**GEIMEINSAM  
MEHR ERREICHEN!**  
Sozialgenossenschaft

**Termin: 04.02.2019 - 05.02.2019 – ganztägig**

Die gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Rechtsform der Genossenschaft erlebt aktuell eine Renaissance. Erst waren es die Energiegenossenschaften mit über 1.000 Neugründungen.

Nun stoßen Sozial- und Seniorengenossenschaften auf ein kontinuierlich wachsendes Interesse. Leitfäden, Tagungen und zahlreiche Neugründungen sind die Folge. Erfreulicherweise gibt es auch vereinzelt finanzielle Unterstützung für innovative sozialgenossenschaftliche Konzepte.

[» weiter zum Beitrag](#)

## PARITÄTISCHER Pflegekongress 2018 Recht auf gute Pflege! Wege aus der Dauerkrise.

 **DER PARITÄTISCHE**

**Termin: 14.11.2018 - 15.11.2018 – ganztägig**

Der Pflegenotstand ist zur Dauerkrise geworden, unter der alle Beteiligten leiden: die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie die Pflegekräfte. Was tut Politik, um den Weg aus dieser Dauerkrise im Pflegebereich zu finden? Was muss

(noch) getan werden? Beim diesjährigen Paritätischen Pflegekongress betrachten wir, was durch die Pflegestärkungsgesetze und das Pflegeberufereformgesetz angeschoben und umgesetzt wurde. Und wir diskutieren, wie es weitergehen muss, um das Recht auf gute und würdige Pflege für alle zu realisieren.

[» weiter zum Beitrag](#)

**INFO** **brief**

## SIE HABEN FRAGEN ODER MÖCHTEN IN UNSEREN NEWSLETTERVERTEILER AUFGENOMMEN WERDEN?



Schreiben Sie uns einfach eine Nachricht an [info@paritaet-bw.de!](mailto:info@paritaet-bw.de)

## IMPRESSUM

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Landesverband Baden-Württemberg e.V.

Hauptstr. 28  
70563 Stuttgart

Telefon: +49 (0) 711 2155 - 0

Telefax: +49 (0) 711 2155 - 215

E-mail: [info@paritaet-bw.de](mailto:info@paritaet-bw.de)

Vorstand: Ulf Hartmann (Vorstandsvorsitzender)

Registernummer / Vereinsregister Stuttgart VR 201

Steuernummer: 99015 / 01556

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß § 10 Absatz 3 MDStV: Ulf Hartmann

## HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Unser Angebot enthält Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Die verlinkten Seiten wurden zum Zeitpunkt der Verlinkung auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar. Eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Links umgehend entfernen.