

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

vom 22. Januar 2009

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

Anlage	Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege
---------------	---

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

§ 1 Grundlagen

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

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

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

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

(3) Die häusliche Krankenpflege umfasst

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

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

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

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

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

§ 2 Formen und Ziele der häuslichen Krankenpflege

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

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

§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

- (1) ¹Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. ²Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Maßgabe von § 7 Abs. 5 verordnen.
- (2) ¹Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Muster 12). ²Die Ärztin oder der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere
- die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege,
 - die zu erbringenden Leistungen sowie
 - deren Beginn, Häufigkeit und Dauer
- anzugeben.
- Klarstellung zu § 3 Abs. 2 Satz 1:
Die Nutzung von Muster 12 bezieht sich ausschließlich auf die häusliche Krankenpflege. Für die psychiatrische Krankenpflege folgt eine gesonderte Regelung.**
- (3) ¹Kann eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen und ist dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bekannt, hat die Verordnung zu unterbleiben. ²Sofern die im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durchführen kann, hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterblei-

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

- (4) ¹Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Stempel und Datumsangabe. ²Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.
- (5) Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies unverzüglich der Krankenkasse mit.
- (6) Hält die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach der Krankenhausentlassung für erforderlich und teilt dies der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit, soll die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies bei der Verordnung berücksichtigen.

§ 4 Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege

- (1) ¹Für die Verordnung von Leistungen nach § 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (psychiatrische Krankenpflege) gelten nachfolgende Besonderheiten.
- (2) ¹Bei psychisch Kranken ist Voraussetzung für die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die in Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen genannten Fähigkeitsstörungen² positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten manifest umgesetzt werden kann.
- (3) ¹Können die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau möglich. ²Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. ³Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine Folgeverordnung nicht möglich.

² Der G-BA prüft derzeit, ob der Begriff der „Fähigkeitsstörung“ durch den Begriff „Beeinträchtigung der Aktivitäten“ ersetzt werden soll.

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

§ 5 Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

chen Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

§ 6 Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

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

§ 7 Zusammenarbeit mit Pflegediensten/Krankenhäusern

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

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

- (3) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.
- (4) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.
- (5) ¹Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann sie oder er diese anstelle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen. ²In diesem Falle soll die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt informieren.

§ 8 Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

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

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

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

Vorbemerkungen

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

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

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

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

Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

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

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

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	<p>des Patienten einzupendeln.</p> <p>gegebenenfalls einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - pflegerische Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von z. B. Kontrakturen, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo), - Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr), - Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln), - 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). 	<p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	
3.	<p>Ernährung beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei - 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, <p>gegebenenfalls einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - pflegerische Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo), - Dekubitusprophylaxe wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr), - Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln), - 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). 	<p>siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26)</p> <p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	
4.	<p>Körperpflege beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duschen, Baden, Waschen (auch von Augen, Ohren, Nase), Mund-, Zahn-, Lippen- und Hautpflege, Rasur, Haar- und Nagelpflege, 	<p>Kosmetische Maßnahmen im Sinne der Schönheitspflege sind keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Die Hornhautpflege mit künstlicher Tränenflüssigkeit, z. B. bei fehlendem Lidschluss soweit keine Augener-</p>	

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

Leistungen der Behandlungspflege

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

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
6.	<p>Absaugen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Bronchialtoilette (Bronchiallavage) Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika. 		
7.	<p>Anleitung bei der Behandlungspflege</p> <p>Beratung und Kontrolle der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z. B. Blutzuckerkontrolle).</p>	<p>Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, <p>um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.</p>	Bis zu 10 x Anleitung verordnungsfähig
8.	<p>Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung</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>		

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

		Die Häufigkeit der Blutzuckermessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	Bis zu 4 Wo. Bis zu 3 x tägl.
12.	Dekubitusbehandlung Verordnungsvoraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung - Versorgung durch Wundreinigung/ Wundverbände (z. B. Feuchtverband, Hydrokolloidverband, Hydrogelverband) - wirksame Druckentlastung 	Bei der Verordnung ist der Dekubitus (Lokalisation, Grad, Größe) sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren. Ziel der Dekubitusbehandlung ist die Wundheilung. Die Erstverordnung ist in Abhängigkeit von Art und Umfang des Dekubitus bis zu 3 Wochen auszustellen. Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt das Pflegeprotokoll auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Dekubitusbehandlung unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Die Frequenz der Druckentlastung richtet sich nach dem Fortgang der Wundheilung (z. B. alle 2 Stunden). Die Lagerung von Dekubituspatientinnen und Dekubituspatienten soll nach Möglichkeiten - ggf. nach Anleitung - von Angehörigen übernommen werden. Zur Dekubitusbehandlung ist der Verbandwechsel Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.	
13.	Drainagen, Überprüfen, Versorgen Überprüfen von Lage, Sekretfluss sowie von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.		1-2 x tägl.
14.	Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig; Ausnahme: bei Tumorleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen.	Einlauf / Klistier / Klyisma bis zu 2 x wöchentlich digitale Enddarmausräumung als einmalige Leistung
15.	Flüssigkeitsbilanzierung	Routinemäßige Flüssigkeitsbilanzen sind nicht verordnungsfähig. Diese Leistung erstreckt sich jeweils über	1 x tägl., bis zu 3 Tage

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

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

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

		die Katheterisierung nicht erlernen oder nicht selbständig durchführen können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	
24.	Krankenbeobachtung, spezielle Kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut über mindestens 24 Std. – in begründeten Fällen auch weniger - mit dem Ziel festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallender pflegerischen Maßnahmen.	Die Leistung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Sie ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufs die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann. Zu dieser Leistung gehört auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.	1 x pro Verordnung
25.	Magensonde, Legen und Wechseln 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.	siehe Ernährung (Nr. 3) siehe Ausscheidungen (Nr. 2)	

26.	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	<p>Die Medikamentengabe ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	<p>Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates. Bei Folgeverordnungen ausführliche ärztl. Begründung.</p> <p>Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefundes erforderlich.</p>
	<p>Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde) - über die Atemwege - über die Haut und Schleimhaut ➤ als Einreibungen bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermatologischen Erkrankungen ➤ als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern und die ggf. erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben) ➤ zur Behandlung des Mundes, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit 	<p>Das Richten der Arzneimittel erfolgt i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.</p> <p>Die Ohrensplüfung ist eine ärztliche Tätigkeit.</p> <p>siehe Körperpflege (Nr. 4)</p>	

	<p>ärztlich verordneten Medikamenten</p> <p>➤ zur Behandlung des Auges, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom</p>	<p>Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.</p>	
27.	<p>Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei</p> <p>Wechsel der Schutzauflage bei PEG, Kontrolle der Fixierung und Durchgängigkeit, einschließlich Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung, und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente</p>	<p>siehe Ernährung (Nr. 3)</p>	

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

		<p>F41.1 Generalisierter Angststörung</p> <p>wenn daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Fähigkeitsstörungen in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann und das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - der Kontaktfähigkeit, - den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und Problem lösendes Denken, - dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik, dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen 	
28.	<p>Stomabehandlung</p> <p>Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z. B. Urostoma, Anus-praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut</p>	<p>Bei Anus-praeter und Urostoma siehe Ausscheidungen (Nr. 2) siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22) siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) Bei Trachostoma siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (Nr. 29)</p>	
29.	<p>Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der</p> <p>Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.</p>		
30.	<p>Venenkatheter, Pflege des zentralen</p> <p>Verbandwechsel der Punktionsstelle grundsätzlich mit Transparentverband, Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters, Beurteilung der Einstichstelle (einschließlich i. v. Porthacath).</p>	<p>Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung.</p>	<p>1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband</p>
31.	<p>Verbände</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anlegen und Wechseln von Wundverbänden Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reini- 	<p>Lokalisation und Wundbefund sind in der Diagnose anzugeben.</p>	

	<p>gung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen</p> <p>- Anlegen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger) / auch An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV Bei mobilen Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses</p> <p>- Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss</p>	<p>Das „Überprüfen von Drainagen“ ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (z. B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Der Kompressionsverband ist verordnungsfähig, wenn aus anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind. Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht anziehen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht anziehen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen sind ausschließlich bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert, bei liegenden Patientinnen oder Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann. Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)</p> <p>Der Verbandwechsel eines Ulcus cruris ist daneben nicht verordnungsfähig.</p>	<p>Jeweils 1 x täglich</p> <p>Bis zu 2 Wochen jeweils 1 x täglich</p>
--	--	---	---

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

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

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Siegburg, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess