Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

(Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)

in der Neufassung vom 17. September 2009
veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010
in Kraft getreten am 10. Februar 2010

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 24.11.2017 B1
in Kraft getreten am 25. November 2017

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Grundlagen 3

§ 2 Formen und Ziele der häuslichen Krankenpflege 5

§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege 5

§ 4 Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege 6

§ 5 Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege 7

§ 6 Genehmigung von häuslicher Krankenpflege 7

§ 7 Zusammenarbeit mit Pflegediensten/Krankenhäusern 8

§ 8 Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte 8

Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V 10

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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) [1]Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. [2]Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein. [3]Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten (siehe Absatz 5) sowie die besonderen Belange kranker Kinder und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen. [4]So 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) [1]Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der oder des Versicherten oder ihrer oder seiner Familie erbracht. [2]Anspruch 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. [3]Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein. [4]Ein Anspruch besteht auch für Versicherte, die nicht nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, während ihres Aufenthalts in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege notwendig ist sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (siehe auch Absatz 6).

(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) [1]Die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grundsätzlich dem dieser Richtlinie als Anlage beigefügten Leistungsverzeichnis zu entnehmen. [2]Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig. [3]Nicht 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[4]Maßnahmen 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) [1]Für 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. [2]Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkassen zu prüfen.

(7) [1]Abweichend 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. [2]Eine 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 Absatz 2 Satz 3 SGB V). [3]Dies 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[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) [1]Die 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. [2]Häusliche 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) [1]Häusliche 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 Absatz 5).

[2]Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

(3) [1]Häusliche Krankenpflege als Sicherungspflege kann verordnet werden, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann. [2]In diesen Fällen ist häusliche Krankenpflege nur als Behandlungspflege verordnungsfähig.

(4) 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.

§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

(1) [1]Voraussetzung 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. [2]Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Maßgabe von § 7 Absatz 5 verordnen.

(2) [1]Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung häuslicher Krankenpflege) [2]. [2]Die Ärztin oder der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[2] Klarstellung zu § 3 Absatz 2 Satz 1: Die Nutzung des Vordrucks „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ bezieht sich ausschließlich auf die häusliche Krankenpflege. Für die psychiatrische Krankenpflege folgt eine gesonderte Regelung.

- die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege,
- die zu erbringenden Leistungen sowie
- deren Beginn, Häufigkeit und Dauer

anzugeben.

(3) [1]Kann 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. [2]Sofern die im Haushalt der oder des Versicherten lebende Person Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durchführen kann, hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben. [3]Kann 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. [4]Kann 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, ist dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben.

(4) [1]Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Stempel und Datumsangabe. [2]Rückwirkende 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) Für die Verordnung von Leistungen nach Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (psychiatrische Krankenpflege) gelten nachfolgende Besonderheiten.

(2) Bei 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 Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) 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) [1]Können 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. [2]Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. [3]Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine Folgeverordnung nicht möglich.

(4) [1]Maßnahmen 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). [2]Die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der in

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Satz 1 genannten Fachgebiete. [3]Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege ist der von der Ärztin oder dem Arzt erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (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 Beeinträchtigungen der Aktivitäten (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) [1]Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben inhaltlich gleichen Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen. [2]Die 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. [3]hierzu Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). [4]Sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Abgrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. [5]Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.

§ 5 Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege

(1) [1]Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. [2]Um dies sicherzustellen, soll insbesondere die Erstverordnung einen Zeitraum bis zu 14 Tagen nicht überschreiten.

(2) [1]Ist 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. [2]Die Folgeverordnung ist in den letzten drei Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

(3) [1]Ein Anspruch der oder des Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen. [2]In begründeten Ausnahmefällen kann Krankenhausvermeidungspflege über diesen Zeitraum hinaus verordnet werden. [3]Dies bedarf der Bewilligung durch die Krankenkasse nach Feststellung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dass die längere Dauer der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung erforderlich ist. [4]Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V anzunehmen.

§ 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) [1]Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen. [2]Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(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) [1]Die 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 § 132a Absatz 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. [2]Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V.

§ 7 Zusammenarbeit mit Pflegediensten/Krankenhäusern

(1) [1]Zur 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. [2]Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt.

(2) [1]Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. [2]Diese 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) [1]Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. [2]Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird. [3]§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. [4]Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

§ 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege soweit sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis)

Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 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 Absatz 5 der Richtlinie).

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.	**Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit** 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).	Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.	Anleitung bis zu 5 x verordnungsfähig
2.	**Ausscheidungen:** - **Ausscheidungen, Hilfe beim** Ausscheiden und der Beseitigung von Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und auch Mageninhalt, z. B.: → 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-praeter,	siehe Stomabehandlung (Nr. 28) siehe Einlauf, Klistier, Digitale Enddarmausräumung (Nr. 14) Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung. siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (Nr. 29) siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- **Kontinenztraining, Toilettentraining** (Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan). Die Uhrzeiten sind in einem Erfassungsbogen zu dokumentieren. → 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 des Patienten einzupendeln. **gegebenenfalls einschließlich** - 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).	Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.	
3.	**Ernährung beinhaltet:** - **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, **gegebenenfalls einschließlich** - pflegerische Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),	siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- 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).	Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.	
4.	**Körperpflege beinhaltet:** - **Duschen, Baden, Waschen** (auch von Augen, Ohren, Nase), Mund-, Zahn-, Lippen- und Hautpflege, Rasur, Haar- und Nagelpflege, - 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.), **gegebenenfalls einschließlich** - pflegerische Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von z. B. Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),	Kosmetische Maßnahmen im Sinne der Schönheitspflege sind keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Hornhautpflege mit künstlicher Tränenflüssigkeit, z. B. bei fehlendem Lidschluss soweit keine Augenerkrankung vorliegt, ist eine prophylaktische Maßnahme. Gabe von Augentropfen/–salben siehe Medikamentengabe (Nr. 26). Die Augenspülung ist eine ärztliche Leistung. Zu Kompressionsstrümpfen ab Klasse II siehe Verbände (Nr. 31).	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- 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).	Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.	
5.	**Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet:** Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung).		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 abweicht. 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.	**Absaugen** - **Absaugen der oberen Luftwege** Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z. B. bei schwerer Emphysembronchitis, 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.	**Anleitung bei der Behandlungspflege** 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).	Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.	Bis zu 10 x Anleitung verordnungs-fähig
8.	**Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung** 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		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	Schädel-Hirntrauma); Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes, ggf. Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O_2-Zellen).		
9.	**Blasenspülung** Einbringen einer Lösung unter sterilen Kautelen mittels Blasenspritze oder Spülsystem durch einen Dauerkatheter in die Harnblase, Beurteilen der Spülflüssigkeit.	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)	Bis zu 3 Tage
10.	**Blutdruckmessung** bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus.	24-h-Blutdruckmessungen mittels Dauermessgerät sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Die Häufigkeit der Blutdruckmessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	Bis zu 7 Tage

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
11.	**Blutzuckermessung** Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer) - bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettenpflichtig) , - bei Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie.	Routinemäßige Dauermessungen sind nur zur Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie verordnungsfähig. Bei der Folgeverordnung ist der HbA 1c-Wert zu berücksichtigen. Nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - 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, sodass die Compliance bei der Diagnostik nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. 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: - mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung, - Versorgung durch Wundreinigung/ Wundverbände (z. B. Feuchtver-	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.	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	band, Hydrokolloidverband, Hydrogelverband), - wirksame Druckentlastung.	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 Dekubitustherapie 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 Dekubistuspatienten soll nach Möglichkeit - 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 / Klysma / 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 / Klysma bis zu 2 x wöchentlich digitale Enddarmaus-räumung als einmalige Leistung
15.	**Flüssigkeitsbilanzierung** Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrieten Gefäßen, ggf. inkl. Gewichtskontrolle, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang zur Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes bei dessen beginnender Dekompensation.	Routinemäßige Flüssigkeitsbilanzen sind nicht verordnungsfähig. Diese Leistung erstreckt sich jeweils über 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	1 x tägl., bis zu 3 Tage

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		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 und intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.
16a	**Infusionen, s.c.** - Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution, - Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge, - Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.	Auf der Verordnung ist der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben. Indikation: Mittelschwere Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz (bei akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z.B. bei Fieber, Diarrhoe), mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten. Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten: - Schwere Dehydratation - Dekompensierte Herzinsuffizienz - Dekompensierte Niereninsuffizienz - Koagulopathien - Kreislaufschock - Langfristiger Flüssigkeitsbedarf - Finale Sterbephase - zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege - Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie	Bis zu 7 Tage

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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 injizieren (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		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.	
19.	**Injektionen, Richten von** Richten von Injektionen zur Selbstapplikation.	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. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. siehe Medikamentengabe (Nr. 26)	
20.	**Instillation** Tropfenweises Einbringen von ärztlich verordneten flüssigen Medikamenten in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, Körperöffnungen).	Bei Blaseninstillationen sind Blasenspülungen Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. siehe Blasenspülung (Nr. 9)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
21.	**Kälteträger, Auflegen von** Bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen.	Das Auflegen eines Kälteträgers ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - 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 Kälteträger bereiten und an den Ort seiner Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig (siehe § 34 SGB V).	1- 3 Tage
22.	**Katheter, Versorgung eines suprapubischen** Verbandwechsel der Katheteraustrittstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente - nach Neuanlage, - bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle.	siehe Ausscheidung (Nr. 2) siehe Stomabehandlung (Nr. 28) Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Erhaltung und Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung. Die Abdeckung oder der Wechsel der Abdeckung ist auch ohne Entzündungen mit Läsionen der Haut verordnungsfähig, wenn damit insbesondere durch erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen (z.B. Kognition, Gedächtnis, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, psychomotorische Unruhe) bedingte	nach Neuanlage für bis zu 14 Tage

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		gesundheitsgefährdende Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter wirksam verhindert werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	
23.	**Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins** Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase. Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patientinnen und Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters. Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung.	Die Katheterisierung mit dem Ziel der Restharnbestimmung sowie das Einlegen und Wechseln eines suprapubischen Katheters sind ärztliche Leistungen, siehe Ausscheidungen (Nr. 2). 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. Die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung ist verordnungsfähig, wenn eine andere Methode der Harnableitung nicht zu besseren Ergebnissen führt bei Patientinnen und Patienten, die wegen - 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.	Dauerkatheter-wechsel alle 3 - 4 Wochen max. 5 Tage
24.	**Krankenbeobachtung, spezielle** - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.	Die Leistung ist verordnungsfähig, - wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		- wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung 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. Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören 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.	Klärung, ob Krankenhaus-behandlung erforderlich ist: 1 x pro Verordnung
24a	**Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten** Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzerierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen Die Leistung Nummer 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.	Diese Leistung ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer	Erstverordnung und Folge-verordnungen bis zu 14 Tage. Folgeverord-nungen sind bedarfsab-hängig auch über die ursprüngliche Lebenszeit-prognose hinaus möglich.

Diese Richtlinien-Version ist nicht in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle entsprechend der vorliegenden Leistungsziffer in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden. Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert. Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nummer 24a nicht berührt. Die Nummer 24a ist jedoch nicht bei Patientinnen oder Patienten verordnungsfähig, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird (siehe auch § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V). Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben. Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verordnung der Leistungsziffer Nummer 24a nicht zu beachten. Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung z.B. durch einen ambulanten Hospizdienst oder Kinderhospizdienst unterstützt werden. Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.	
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.	**Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)**	Diese Leistung 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 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 so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates. Bei Folgeverordnungen ärztliche Begründung. Bei Folgever-ordnungen ist die Angabe des Lokalbefunds erforderlich.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Pflegedienste müssen vorliegende Informationen über die Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme oder sonstige Anwendungshinweise (vor dem Essen etc.) berücksichtigen. Entsprechende Informationen sind den ärztlichen Verordnungen und gegebenenfalls einem ärztlich ausgestellten Medikationsplan zu entnehmen.	
	1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume	Das Richten der Arzneimittel erfolgt in der Regel wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.	
	2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume, - **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 gegebenenfalls erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben), → **zur Behandlung des Mundes,** lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten,	Das Verabreichen beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente. Die Ohrenspülung ist eine ärztliche Tätigkeit. siehe Körperpflege (Nr. 4) Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	→ **zur Behandlung des Auges,** insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom.		
26a	**Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose** - Durchführung Sanierung/Eradikation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören: → Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels → Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung → Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen → In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.	Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA). - Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zur Sicherung der Nahtlosigkeit der Sanierung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Absatz 5 erfolgen. - Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen, wenn die MRSA-Kolonisation im Krankenhaus festgestellt wurde. Bezüglich der Verwendung von Übergabebögen wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen. Die begleitenden Maßnahmen des Wäschewechsels und der Desinfektion sind regelhaft Leistungen, die im Bereich der pflegerischen Grundversorgung und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach SGB XI erbracht werden. Deshalb besteht ein Regelungsbedarf im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur für besonders gelagerte Ausnahmefälle, in denen entgegen der Regel ein Anspruch aus dem SGB XI nicht besteht. Diese besondere Voraussetzung (§ 6 Absatz 5 der Richtlinie) wird abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft. In Bezug auf die bei der Durchführung der Leistungen zu beachtenden Anforderungen insbesondere an die Hygiene im Haushalt, an den Umgang mit Textilien und Gegenständen, die mit der Haut oder Schleimhaut der Patientin oder des Patienten in Kontakt kommen, an die Händehygiene sowie an organisatorische Maßnahmen der	Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungs-plans (5 bis 7 Tage). Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Versorgung wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen. Die Verordnung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandenen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, die im Rahmen der MRSA-Sanierungsbehandlung erforderlichen Maßnahmen mit ärztlicher Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung selbst durchzuführen.	
27.	**Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei** Wechsel der Schutzauflage bei PEG, Kontrolle der Fixierung und Durchgängigkeit, einschließlich Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente.	siehe Ernährung (Nr. 3)	
27a.	**Psychiatrische Krankenpflege** - **Erarbeiten** der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau), - **Durchführen** von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, - **Entwickeln** kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen),	Nur verordnungsfähig bei 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 Creuztfeldt-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 Krankheits-bildern F04.- Organischem amnestischen Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen be-dingt 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	bis zu 4 Monate bis zu 14 Einheiten pro Woche (abnehmende Frequenz) Der Krankenkasse ist der Behandlungspl an vorzulegen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

		F07.0 Organischer Persönlichkeitsstörung
		F07.1 Postenzephalitischem 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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
28.	**Stomabehandlung** 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.	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)	
29.	**Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der** Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.	Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle und umgekehrt. Siehe Absaugen (Nr. 6).	
30.	**Venenkatheter, Pflege des zentralen** Verbandwechsel der Punktionsstelle grundsätzlich mit Transparentverband, Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters, Beurteilung der Einstichstelle (einschließlich i. v. Porth-a-cath).	Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung.	1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband
31.	**Verbände** - **Anlegen und Wechseln von Wundverbänden** Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen. - **Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes** (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger),	Lokalisation und Wundbefund sind in der Diagnose anzugeben. Das „Überprüfen von Drainagen“ ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (z. B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Eine gesonderte Verordnung des Anlegens oder Abnehmens eines Kompressionsverbandes bzw. des An- oder Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV erfolgt in diesen Fällen nicht. Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw.	Jeweils 1 x täglich

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- **An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen** der Kompressionsklassen II bis IV. Bei Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses bei - Varikose, - Thromboembolie, - chronischer Veneninsuffizienz (CVI), - Ödemen, - Narben/Verbrennungen.	anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind. Das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen sowie das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- oder ausziehen können bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- oder ausziehen bzw. den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen/ Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität. Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen/ Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- **Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden** zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung). Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr. 4)	Bis zu 2 Wochen jeweils 1 x täglich

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Sachverzeichnis

Absaugen	Nr. 6
Aktivierung	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Anleitung in der Häuslichkeit – bei der Grundpflege	Nr. 1
– bei der Behandlungspflege	Nr. 7
An- und Auskleiden	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Anus-praeter, Wechsel des Beutels	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Arzneien, Verabreichen von	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Atemübungen	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Atemwege, Versorgung der	Siehe Absaugen (Nr. 6)
Atmungskontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Augenpflege, auch einer Augenprothese	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Augenspülung	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Ausscheidungen, Hilfe bei	Nr. 2
	Siehe Stomabehandlung (Nr. 28)
	Siehe Einlauf, Klistier (Nr. 14)
	siehe Katheterisierung der Harnblase (Nr. 23)
Baden	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Bäder, dermatologisch erforderliche	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Bandagen, An- und Ablegen	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
	Siehe Verbände (Nr. 31)
Beatmungsgerät, Bedienung und	Nr. 8
Bewegungsübungen	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Blasenentleerung	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Blasenspülung	Nr. 9
	Siehe Instillation (Nr. 20)
Blutdruckmessung	Nr. 10
Blutentnahme, venös	Siehe Infusionen i. v. (Nr. 16)
Blutzuckermessung	Nr. 11
Bronchialtoilette / Bronchiallavage	siehe Absaugen (Nr. 6)
Darmentleerung	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
	Siehe Einlauf/ Klistier (Nr. 14)
Dekubitusbehandlung	Nr. 12
Dekubitusprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Drainagen, Überprüfen von	Nr. 13
	Siehe Verbände (Nr. 31)
Duschen	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung	Nr. 14
Einmalkatheter, transurethral	Siehe Katheterisierung der Harnblase (Nr. 23)
Einreibung, medizinische	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Eisbeutel, Auflegen von	Siehe Kälteträger (Nr. 21)
Enddarmausräumung, digitale	Nr. 14
Ernährung	Nr. 3
Flüssigkeitsbilanzierung	Nr. 15
Gehen, Hilfe bei	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Hauswirtschaftliche Versorgung	Nr. 5
Hautkontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Hornhautaustrocknung, Prophylaxe gegen	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Infusionen, i. v.	Nr. 16
Infusionen, s. c	Siehe Infusionen (Nr. 16a)
Inhalation	Nr. 17
Injektionen i. m.	Nr. 18
Injektionen/Infusion intrathekal	Siehe Infusionen (Nr. 16)
Injektionen i. v.	Siehe Injektionen (Nr. 18)
Injektionen s. c.	Nr. 18
Injektionen, Richten von	Nr. 19
	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Inkontinenzversorgung	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Intermittierender transurethraler Einmalkatheterismus	Siehe Katheterisierung der Harnblase (Nr. 23)
Intertrigoprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Instillation	Nr. 20
	Siehe Blasenspülung (Nr. 9)
Kälteträger, Auflegen von	Nr. 21
Kämmen	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Katheter, Versorgung eines suprapubischen	Nr. 22
Katheterisierung der Harnblase	Nr. 23
	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Körperpflege	Nr. 4
	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Körpertemperaturkontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Kompressionsstrümpfe/ -verband	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
	Siehe Verbände (Nr. 31)
Kontinenztraining, Toilettentraining	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Kontrakturprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Krankenbeobachtung, allgemeine	Siehe Beschreibung Grundpflege/ Behandlungspflege
Krankenbeobachtung, spezielle	Nr. 24
Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei	Siehe Psychiatrische Krankenpflege (Nr. 27a)
Krisensituationen, Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von	Siehe Psychiatrische Krankenpflege (Nr. 27a)
Künstliche Ernährung	Siehe Ernährung (Nr. 3)
	Siehe Infusionen i. v. (Nr. 16)
Lagern	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Lippenpflege	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Magensonde, Legen und Wechseln	Nr. 25
	Siehe Ernährung (Nr. 3)
	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Medikamentengabe	Nr. 26
Mobilisation	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Mobilität, Hilfe bei	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)	Siehe Sanierung von MRSA-Trägern (Nr. 26a)
Mundpflege	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	Siehe Ernährung (Nr. 3)
Nasentropfen / -salbe	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Obstipationsprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Ohrentropfen/ -spülung	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Orthesen, An- und ablegen	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten	Nr. 24a
Parenterale Ernährung	Siehe Infusionen i. v. (Nr. 16)
Parotitisprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	Nr. 27
Pflegeakzeptanz, Erarbeiten der (Beziehungsaufbau)	Siehe Psychiatrische Krankenpflege (Nr. 27a)
Pneumonieprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Port-a-cath	Siehe Infusionen i. v. (Nr. 16)
Prophylaxen, pflegerische	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
	Siehe Dekubitusbehandlung (Nr. 12)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Prothesen, An- und Ablegen	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Pulskontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Psychiatrische ambulante Krankenpflege	Nr. 27a
Rasieren	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Reaktivierung/ Bewegungsübungen	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Sauerstoff, Verabreichen von	Siehe Beatmungsgerät, Bedienen und (Nr. 8)
Sondennahrung, Verabreichen von	Siehe Ernährung (Nr. 3)
	Siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27)
	Siehe Medikamentengabe (Nr. 26)
Soorprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Stomabehandlung	Nr. 28
	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
	Siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)
	Siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27)
	Siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (Nr. 29)
Stützkorsett/ -strümpfe , An- und Ablegen	Siehe Körperpflege (Nr. 4)
Temperatur, Messung der	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Thermotherapeutische Maßnahmen	Siehe Kälteträger (Nr. 21)
Thromboseprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	Nr. 29
Überwachen und Bedienung med. Geräte	Siehe Beatmungsgerät, Bedienen (Nr. 8)
Urinal anlegen und Entfernen	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2)
Venenkatheter, Pflege des zentralen	Nr. 30
Verbände	Nr. 31
Vitalzeichenkontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Waschen	siehe Körperpflege (Nr. 4)
Wund- und Fisteldrainagen	Siehe Verbände (Nr. 31)
	Siehe Drainagen, Überprüfen von (Nr. 13)
Wunden, Behandeln und Pflege	Siehe Verbände (Nr. 31)
Wundschnellverbände	Siehe Verbände (Nr. 31)
Zahnpflege	Siehe Körperpflege (Nr. 4)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.