Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

(Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)

in der Fassung vom 17. September 2009
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010
in Kraft getreten am 10. Februar 2010

zuletzt geändert am 19. November 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 25.03.2022 B1)
in Kraft getreten am 26. März 2022

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Grundlagen ... 3
§ 1a Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege ... 4
§ 2 Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege ... 5
§ 2a Krankenhausvermeidungspflege ... 5
§ 2b Sicherungspflege ... 6
§ 2c Unterstützungspflege ... 6
§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege ... 6
§ 4 Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ... 7
§ 5 Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege ... 10
§ 6 Genehmigung von häuslicher Krankenpflege ... 10
§ 7 Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenhäusern und Pflegediensten ... 11
§ 8 Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ... 12
§ 9 Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie ... 12

Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V 14

Sachverzeichnis ... 47

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Grundlagen

(1) [1]Diese Richtlinie regelt die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der in § 3 Absatz 1 Satz 2 näher bezeichneten Verordnerinnen oder Verordner mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. [2]Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. [3]Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein. [4]Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten (siehe Absatz 5) sowie die besonderen Belange kranker Kinder und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen. [5]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.

(1a) Die Regelungen dieser Richtline gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist.

(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) [1]Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll vorrangig im Haushalt der oder des Versicherten gemäß Absatz 2 erfolgen.[2]Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen. [2]Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. [3]Für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach Satz 1 und 2 ist die Leistung nach Nr. 31a zu verordnen.

(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 von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen. [4]Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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. [3]Häusliche Krankenpflege kann für den Zeitraum einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden.

(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.

[4]Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zulässig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gemäß Satz 3 besteht. [5]Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege abweichend von Satz 2 nur vorübergehend besteht, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt. [6]Für Versicherte, bei denen der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, ist eine Erbringung von Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur zulässig, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtung oder Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört. [7]Dies ist in dem Genehmigungsverfahren gemäß § 6 zu prüfen. [8]Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sind einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege für Versicherte in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI regelmäßig nicht verordnungsfähig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1a Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege

Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, bei denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im Sinne des § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist, erfolgen ab dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung

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

von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V. [2]Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, die vor dem 1. Januar 2023 ausgestellt wurden, verlieren ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.

§ 2 Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege

(1) Die häusliche Krankenpflege beinhaltet

- 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),
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
- Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung).

(2) Ziele der Verordnung häuslicher Krankenpflege sind

- 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),
- Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).

(3) Häusliche Krankenpflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist,

- bei Krankenhausvermeidungspflege die Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung,
- bei Sicherungspflege die notwendige Behandlungspflege sowie, sofern die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht, die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und
- bei Unterstützungspflege die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

§ 2a Krankenhausvermeidungspflege

(1) [1]Die Verordnung als Krankenhausvermeidungspflege ist nur zulässig, wenn die oder der Versicherte wegen einer Krankheit der von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlung bedarf und diese Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. [2]Sie kann verordnet werden, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- Krankenhausbehandlung geboten aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung 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).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden.

§ 2b Sicherungspflege

(1) [1]Sicherungspflege ist Bestandteil des von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn sich der oder die Versicherte wegen einer Krankheit in ambulanter vertragsärztlicher Versorgung befindet und diese nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann. [2]In diesen Fällen ist häusliche Krankenpflege nur als Behandlungspflege verordnungsfähig.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Sicherungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden, sofern die Satzung der Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsieht und bei der oder dem Versicherten keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt.

§ 2c Unterstützungspflege

(1) Häusliche Krankenpflege als Unterstützungspflege ist Bestandteil des von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten ärztlichen Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn

- eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und
- die dadurch resultierenden krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen in einem Maß vorliegen, dass die oder der Versicherte sich nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann und
- der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nur für einen voraussichtlich vorübergehenden Zeitraum vorliegt und
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt.

(2) [1]Die Leistung umfasst die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung entsprechend den Nummern 1 bis 5 des Leistungsverzeichnisses. [2]Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können nur zusammen mit Leistungen der Grundpflege verordnet werden. [3]Leistungen der Grundpflege können auch ohne Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung verordnet werden. [4]Die Verordnung von Unterstützungspflege setzt nicht notwendigerweise die gleichzeitige oder vorherige Verordnung von Behandlungspflege voraus. [5]Leistungen nach § 37 Absatz 1a SGB V können nicht in Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbracht werden.

§ 3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege

(1) [1]Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Verordnerin oder der Verordner 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]Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, im Fall der Verordnung von Leistungen nach Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses (psychiatrische häusliche Krankenpflege) nur durch die in § 4 Absatz 6 genannten Berufsgruppen. [3]Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus richtet sich nach § 7 Absatz 5.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(2) [1]Die Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung häuslicher Krankenpflege). [2]Auf dem Verordnungsvordruck ist insbesondere

- 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 Verordnerin oder dem Verordner 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 Verordnerin oder des Verordners die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche nicht übernehmen, ist dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben. [4]Kann die Verordnerin oder der Verordner 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]Jede Maßnahme der häuslichen Krankenpflege setzt eine Verordnung voraus. [2]Die Leistungserbringer, welche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Maßnahmen durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.

(5) [1]Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der Verordnerin oder des Verordners mit Stempel und Datumsangabe. [2]Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

(6) Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die Verordnerin oder der Verordner dies unverzüglich der Krankenkasse mit.

(7) Hält die Verordnerin oder der Verordner im Krankenhaus Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach der Krankenhausentlassung für erforderlich und teilt dies der Verordnerin oder dem Verordner in der vertragsärztlichen Versorgung mit, soll Letztere oder Letzterer dies bei ihrer oder seiner Verordnung berücksichtigen.

(8) Leistungen der Sicherungspflege nach § 2b können parallel zur Unterstützungspflege nach § 2c verordnet werden, wenn neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ein Bedarf an Behandlungspflege besteht und die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 4 Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

(1) Für die Verordnung von Leistungen nach Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (psychiatrische häusliche Krankenpflege) gelten nachfolgende Besonderheiten.

(2) [1]In Konkretisierung der in § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. [2]Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.

(3) Voraussetzung für die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die in Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten umgesetzt werden kann.

(4) [1]Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der erstmaligen Verordnung durch die Verordnerin oder den Verordner eingeschätzt werden, kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen verordnet werden. [2]Die Verordnerin oder der Verordner hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. [3]Können die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Verordnung durch die Verordnerin oder den Verordner nicht eingeschätzt werden, ist eine Erstverordnung nur bis zu 14 Tagen möglich. [4]Ist in dem Zeitraum nach Satz 3 eine diesbezügliche Einschätzung abschließend noch nicht möglich, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. [5]Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, ist eine (erneute) Folgeverordnung nicht möglich.

(5) [1]Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die relevanten Bezugspersonen der oder des Versicherten einzubeziehen und im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung anzuleiten, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist. [2]Zudem soll die Pflege in den (gemeinde-)psychiatrischen Verbund oder anderer vernetzter Behandlungsstrukturen eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.

(6) [1]Folgende Berufsgruppen dürfen Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen:

- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,
- Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs).

[2]Die in den Spiegelstrichen 6 und 7 genannten Berufsgruppen werden nachfolgend bezeichnet als „Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut“. [3]Die in der Richtlinie verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003 in der Fassung vom 23. Oktober 2015 und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen. [4]Eine Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kann ferner erfolgen durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. [5]Abweichend von Satz 1 kann die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt sowie eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. [6]Dies erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der in Satz 1 genannten Berufsgruppen, die nicht älter als vier Monate ist. [7]Der Gesamtverordnungszeitraum durch diese Ärztinnen und Ärzte sollte sechs Wochen nicht überschreiten. [8]Die abweichende Verordnungsmöglichkeit nach Satz 5 besteht für Verordnungen von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege nach Absatz 10 mit der Maßgabe, dass der Verordnungszeitraum von insgesamt sechs Wochen nicht überschritten werden darf.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(7) [1]Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist der von der Verordnerin oder dem Verordner erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen, -frequenzen und -dauer) umfasst. [2]Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzulegen. [3]Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) zu aktualisieren und vorzulegen.

(7a) [1]Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird in Form von Einheiten abgegeben. [2]Eine Einheit umfasst 60 Minuten. [3]Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden.

(8) [1]Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind für Indikationen nach den Absätzen 9 und 10 verordnungsfähig, wenn 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 diese Beeinträchtigungen durch die psychiatrische häusliche Krankenpflege positiv beeinflusst werden können:

- Störungen des Antriebs, der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung, 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 oder
  - dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.

[2]Zur Bestimmung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und deren Ausmaß ist nach Maßgabe der Absätze 9 und 10 die GAF-Skala[2] heranzuziehen und der GAF-Wert auf der Verordnung anzugeben. [3]Kontraindikationen schließen die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege aus (zum Beispiel Gefahr der iatrogenen Chronifizierung).

(9) [1]Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind im Rahmen der Regelindikation nur verordnungsfähig bei den in Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses genannten Diagnosen. [2]Dabei gilt bei den in der Bemerkungsspalte genannten Diagnosen (Regelindikation) ein Orientierungswert im Rahmen der GAF-Skala von 40 (höchstens ≤ 50). [3]Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.

(10) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege können für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht in der Bemerkungsspalte in Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses genannt sind, in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn folgende Voraussetzungen aus der Verordnung hervorgehen:

- Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) liegen in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann, bei einem GAF-Wert von ≤ 40, und
- die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[2] Global Assessment of Functioning Scale in: DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

(Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen und die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreichen zu können.

(11) [1]Wurden die Therapieziele vor Ablauf des Verordnungszeitraums erreicht, endet der Anspruch auf psychiatrische häusliche Krankenpflege. [2]Sind die Therapieziele nicht mehr mit den Möglichkeiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erreichbar oder fehlt anhaltend die Mitwirkung der oder des Versicherten, ist die Maßnahme der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beenden.

(12) [1]Hinweise nach Absatz 11 oder weitere Hinweise zur veränderten Pflegesituation sind der Verordnerin oder dem Verordner gemäß § 7 Absatz 2 mitzuteilen. [2]Diese oder dieser informiert nach Rücksprache mit der Patientin oder dem Patienten die Krankenkasse.

(13) Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und die Leistungen der Soziotherapie können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden.

(14) [1]Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege neben inhaltlich gleichen Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen. [2]Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen 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). [3]Sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen 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 Verordnerin oder der Verordner 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 sowie Unterstützungspflege besteht bis zu vier Wochen. [2]In begründeten Ausnahmefällen kann Krankenhausvermeidungspflege sowie Unterstützungspflege 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 Krankenhausvermeidungspflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder bei der Unterstützungspflege nur durch Leistungen nach § 2c ein Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet ist und weiterhin keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 im Sinne des SGB XI vorliegt. [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 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Verordnerin oder den Verordner über die Gründe zu informieren.

(3) Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege 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 verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Absatz 4 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten 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 zwischen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenhäusern und Pflegediensten

(1) [1]Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt die Verordnerin oder der Verordner mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen. [2]Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der Verordnerin oder dem Verordner.

(2) [1]Der Pflegedienst berichtet der Verordnerin oder dem Verordner bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Aufforderung durch die Verordnerin oder den Verordner, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. [2]Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

(3) Die Verordnerin oder der Verordner informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.

(4) Die Verordnerin oder der Verordner 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 oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt, die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut im Krankenhaus, nachfolgend bezeichnet als Krankenhauspsychotherapeutin oder Krankenhauspsychotherapeut) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin, ein Vertragsarzt, eine Vertragspsychotherapeutin oder ein Vertragspsychotherapeut häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. [2]Die Krankenhausärztin, der Krankenhausarzt, die Krankenhauspsychotherapeutin oder der Krankenhauspsychotherapeut hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin, den weiterbehandelnden Vertragsarzt, die weiterbehandelnde Vertragspsychotherapeutin oder den weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeuten über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird. [3]§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt.

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

[4]Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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 Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege soweit sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege übernehmen.

§ 9 Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie

(1) Vor dem Hintergrund der Herausforderungen zur Bewältigung des epidemischen Ausbruchgeschehens aufgrund des SARS-CoV-2-Virus kann der Gemeinsame Bundesausschuss durch gesonderten Beschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a seiner Geschäftsordnung (GO) folgende räumlich begrenzte und zeitlich befristete Ausnahmen von den Regelungen dieser Richtlinie zulassen, wenn sie in Abhängigkeit von der Art des Ausbruchgeschehens zur Eindämmung und Bewältigung der Infektionen oder zum Schutz der Einrichtungen der Krankenversorgung vor Überlastung notwendig und erforderlich sind:

1. Die Regelung nach § 3 Absatz 5 Satz 2, wonach rückwirkende Verordnungen grundsätzlich nicht zulässig und Ausnahmefälle besonders zu begründen sind, findet nur auf Erstverordnungen Anwendung. Bei Folgeverordnungen sind rückwirkende Verordnungen für bis zu 14 Tage ab dem Datum der Ausstellung zulässig, wenn aufgrund der Ausbreitung von COVID-19 eine vorherige Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zur Sicherung einer Anschlussversorgung nicht möglich war.
2. Die Regelungen nach § 5 Absatz 2, wonach bei Folgeverordnungen für eine längere Dauer die Notwendigkeit begründet werden muss und die Folgeverordnung in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen ist, werden ausgesetzt.
3. § 6 Absatz 6 Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass die 3-Tage-Frist zur Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse auf eine 10-Tage-Frist erweitert wird.
4. Folgeverordnungen können auch nach telefonischer Anamnese ausgestellt und von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt postalisch an die oder den Versicherten übermittelt werden, sofern bereits zuvor aufgrund der selben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist.

Diese Ausnahmeregelungen gelten, sofern die Verordnung von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt mit Sitz in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete ausgestellt wurde oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.

5. Abweichend von der Regelung nach § 1 Absatz 2 zu den Orten, an denen ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, können Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 4 in Verbindung mit Nummer 27a der Leistungsbeschreibung unter Einsatz datenschutzkonformer Anwendungen und mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten auch per Video erbracht werden, sofern eine persönliche Leistungserbringung aufgrund der aktuellen Pandemielage nicht erfolgen kann und die Leistung insbesondere zur Bewältigung einer akuten Krisensituation oder zur Vermeidung einer Verschlimmerung der psychischen Gesundheit aufgrund einer Leistungsunterbrechung erforderlich ist. Diese Ausnahmeregelung nach Nummer 5 gilt, sofern der Sitz des Leistungserbringers in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete liegt oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(2) Auf Grundlage von § 1 Absatz 2 Satz 2 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung gilt die Regelung nach § 7 Absatz 5 Satz 1 mit folgenden Maßgaben:

1. Der Zeitraum von sieben Kalendertagen wird auf einen Zeitraum von bis zu 14 Kalendertagen erweitert.
2. Die unmittelbare Erforderlichkeit kann sich auch aus dem Umstand einer Vermeidung des zusätzlichen Aufsuchens einer Arztpraxis ergeben.

Diese Regelung tritt an dem Tag außer Kraft, an dem § 1 Absatz 2 Satz 2 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung außer Kraft tritt.

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, der Unterstützungspflege nach § 37 Absatz 1a 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.

in Kraft.

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.:	siehe Stomabehandlung (Nr. 28)	
	→ Verwendung von Inkontinenzprodukten (z. B. Vorlagen, Condomurinal),		
	→ Reinigung des Harnröhrenkatheters (Reinigung des Katheters und der Harnröhrenöffnung),	siehe Einlauf, Klistier, Digitale Enddarmausräumung (Nr. 14)	
	→ Wechsel des Katheterbeutels,	siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (Nr. 29)	
	→ Reinigung und Versorgung des Urostoma,	siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27)	
	→ Reinigung und Versorgung des Anus-praeter,	siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)	

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.	

Diese Ric

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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,	siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26)	
	gegebenenfalls einschließlich – 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).	Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.	
4.	**Körperpflege beinhaltet:**	Kosmetische Maßnahmen im Sinne der Schönheitspflege sind keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.	
	- **Duschen, Baden, Waschen** (auch von Augen, Ohren, Nase), Mund-, Zahn-, Lippen- und Hautpflege, Rasur, Haar- und Nagelpflege,	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).	
	- ggf. **Pflege einer Augenprothese**,	Die Augenspülung ist eine ärztliche Leistung.	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- ggf. **Mundpflege als Prophylaxe** bei abwehrgeschwächten und/oder im Allgemeinzustand stark reduzierten Patientinnen oder Patienten, - **An- oder Auskleiden** (Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- oder Ausziehen der Kleidung, von Strümpfen, von Strumpfhosen, das An- und Ablegen von Prothesen etc.), **gegebenenfalls einschließlich** - 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, 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).	Zu Kompressionsstrümpfen ab Klasse I siehe An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen (Nr. 31b). 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 K

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 verordnungsfähig

Die … in Kraft.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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 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
11.	**Blutzuckermessung** Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z.B. Glucometer)	Routinemäßige Dauermessungen sind nur zur Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie verordnungsfähig Bei der Folgeverordnung ist der HbA 1c-Wert zu berücksichtigen.	

Diese Richt

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	- bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettenpflichtig) - bei Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie	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 3x tägl. Bei Erst- und Neueinstellung: bis zu 4 Wochen.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
11a	**Interstitielle Glukosemessung** bei Durchführung einer Intensivierten Insulintherapie - Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes mittels Testgerät - Sensorwechsel bei Bedarf - Kalibrierung bei Bedarf	Die Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit: - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder den Sensor zu wechseln oder die Kalibrierung durchzuführen oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Messung nicht selbst vornehmen, das Messergebnis nicht selbst ablesen, den Sensor nicht selbst wechseln oder die Kalibrierung nicht selbst durchführen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, um die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder den Sensor zu wechseln oder die Kalibrierung durchzuführen oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass sie nicht in der Lage sind, die Messung selbst vorzunehmen oder das Messergebnis abzulesen oder den Sensor zu wechseln oder die Kalibrierung durchzuführen oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung(en) zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Die Häufigkeit der Glukosemessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplans in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
12.	**Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung**		
	Ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung): Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.	Ziel ist die Heilung des Dekubitus oder die Vermeidung einer Verschlimmerung. Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig. Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit der Nr. 31 oder Nr. 31a verordnungsfähig. Die Angehörigen oder andere Personen in der Häuslichkeit sollen durch Anleitung (Nr. 7) dazu befähigt werden, soweit möglich die Lagerung selbstständig übernehmen zu können. Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann (Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus). Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad des Dekubitus anzugeben. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind soweit bekannt auf der Verordnung zu nennen. Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen). Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt den dokumentierten Positionswechsel sowie gegebenenfalls das Wundprotokoll, gegebenenfalls die Fotodokumentation (siehe Nr. 31 und 31a) und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Leistung erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann.	Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage. Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.

Die-

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
13.	**Drainagen, Überprüfen, Versorgen**		
	Überprüfen von Lage, Sekretfluss sowie von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.		1-2 x tägl.
14.	**Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung**	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 Enddarmausräumung als einmalige Leistung
	bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.		
15.	**Flüssigkeitsbilanzierung**		
	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.	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 gesondert verordnungsfähig, wenn keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und/oder beim Ausscheiden erbracht wird.	1 x tägl., bis zu 3 Tage
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.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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
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.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
18.	**Injektionen**		
	- **i. v.**	Die i. v. Injektion ist eine ärztliche Leistung.	
	- **i. m.** Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten. - **s. c.** Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten.	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. 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.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates

Dies

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
19.	**Injektion, 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**	Bei Blaseninstillationen sind Blasenspülungen Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.	
	Tropfenweises Einbringen von ärztlich verordneten flüssigen Medikamenten in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, Körperöffnungen).	siehe Blasenspülung (Nr. 9)	

Diese Richtlinien-Version

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

Diese Richt

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
22.	**Katheter, Versorgung eines suprapubischen**	siehe Ausscheidung (Nr. 2)	nach Neuanlage für bis zu 14 Tage
	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 Stomabehandlung (Nr. 28) 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 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**	Die Katheterisierung mit dem Ziel der Restharnbestimmung sowie das Einlegen und Wechseln eines suprapubischen Katheters sind ärztliche Leistungen, siehe Ausscheidungen (Nr. 2).	Dauerkatheterwechsel alle 3 - 4 Wochen
	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.	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.	max. 5 Tage

Diese Richtlinien-Version ist

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung.	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.	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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 - 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 Krankenhausbehandlung erforderlich ist: 1 x pro Verordnung

Die

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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 Nr. 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 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	Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage. Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus möglich.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		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 § 92Absatz 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. 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.	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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 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.	Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates. Bei Folgeverordnungen ärztliche Begründung. Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefunds erforderlich.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	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,**	Das Verabreichen beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente. Die Ohrenspülung ist eine ärztliche Tätigkeit.	
	- **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),	siehe Körperpflege (Nr. 4)	
	- **zur Behandlung des Mundes,** lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten,		
	- **zur Behandlung des Auges,** insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom.	Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.	
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	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	Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5 bis 7 Tage). Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.

en-Version ist nicht mehr in Kra

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
	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.	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 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.	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
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 häusliche Krankenpflege** - **Erarbeiten** der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau), - **Durchführen** von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, - **Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten** zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), - **Unterstützung** zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.	Regelmäßige Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen der fachärztlichen Behandlung sollen fortgesetzt werden. Nur verordnungsfähig bei folgenden Diagnosen: 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 Krankheitsbildern F04.- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt F05.1 Delir bei Demenz F06.0 Organische Halluzinose F06.1 Organische katatone Störung F06.2 Organische wahnhafte Störung F06.3 Organische affektive Störung F06.4 Organische Angststörung F06.5 Organische dissoziative Störung F06.6 Organische emotional labile Störung F07.0 Organische Persönlichkeitsstörung F07.1 Postenzephalitisches Syndrom F07.2 Organisches Psychosyndrom nach	Ist ein Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten erforderlich (Verlängerung), ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen, inwieweit die psychiatrische häusliche Krankenpflege weiterhin auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv einwirken, die Versicherte oder den Versicherten stabilisieren und die Zielsetzung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erreicht werden kann. Verordnungsfähig sind bis zu 14 Einheiten pro Woche.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Schädelhirntrauma F20.- Schizophrenie F21.- Schizotype Störung F22.- Anhaltende wahnhafte Störung F24.- Induzierte wahnhafte Störung F25.- Schizoaffektive Störung F30.- Manische Episode F31.- Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von: F31.7 bis F31.9 F32.- Depressive Episode mit Ausnahme von: F32.0, F32.1 und F32.9 F33.- Rezidivierende depressive Störung mit Ausnahme von: F33.0, F33.4, F33.8 und F33.9 F41.0 Panikstörung, auch wenn sie auf sozialen Phobien beruht F41.1 Generalisierte Angststörung F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung F53.1 Schwere psychische Verhaltensstörung im Wochenbett F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung In begründeten Einzelfällen bei Diagnosen nach F00 bis F99, wenn folgende Voraussetzungen aus der Verordnung hervorgehen: - Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) liegen in einem Maß vor, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann, bei einem GAF-Wert von ≤ 40, und - die oder der Versicherte verfügt über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die in § 4 Absatz 8 Satz 1 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv beeinflussen und die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreichen zu können.	

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.	**Wundversorgung einer akuten Wunde**		
	Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.	Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige akute Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist. Eine akute Wunde tritt nach einer Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf, die voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos abheilt. Ziel ist die Wundheilung.	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.

Druck-Version – Nicht mehr in Kra

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben. Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben. Das Überprüfen von Drainagen siehe Drainagen, Überprüfen, Versorgen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, gegebenenfalls die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Durch den Pflegedienst sind eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und gegebenenfalls zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder akuten Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.	
31a	**Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde** In enger Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen einschließlich einer bedarfsweisen Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen.	Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn eine behandlungsbedürftige chronische Wunde vorliegt, bei der ein Wundverband indiziert ist. Eine chronische Wunde heilt voraussichtlich nicht	Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab. Die Verordnung dieser Leistung setzt nicht voraus, dass zuvor Leistungen der Nummer 31 verordnet wurden. Ziel ist die Wundheilung. Ziel kann auch die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie eine Symptomlinderung sein, wenn eine Wundheilung aufgrund der individuellen Situation wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dieser Nummer soll von einem Leistungserbringer, der sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert hat, erfolgen. Um einen spezialisierten Leistungserbringer handelt es sich, wenn dieser u.a. besonders qualifizierte Pflegefachkräfte zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorhält (beispielsweise Pflegefachkräfte mit einer besonderen Zusatzqualifikation zur Wundversorgung). Damit die verordneten Maßnahmen der Wundversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer zuverlässig durchgeführt werden können, müssen außerdem geeignete Voraussetzungen vorliegen (z. B. geeignete hygienische Bedingungen, enger Austausch mit Ärztinnen und Ärzten). Wird die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch einen spezialisierten Leistungserbringer erbracht, erfolgt die Wundversorgung für die Zeit des medizinisch notwendigen spezialisierten Versorgungsbedarfs nur durch diesen Leistungserbringer. Sind neben der Wundversorgung weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich, die durch andere Pflegedienste erbracht werden, sind ein enger Informationsaustausch und Abstimmungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbeziehung der verordnenden	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Ärztin oder des verordnenden Arztes sicherzustellen. Bei der Verordnung sind die Wundart, Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad der Wunde sowie die zu verwendenden Verbandmaterialien anzugeben. Die Wechselintervalle der Wundverbände sind abhängig von der Wundsituation und den verwendeten Verbandmaterialien anzugeben. Insbesondere bei einem Ulcus cruris venosum ist die ergänzende Kompressionstherapie (Nr. 31b) erforderlich, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Das Anlegen und das Wechseln von Wundverbänden bei chronischen Wunden erfolgt begleitend/ergänzend zur Therapie der der chronischen Wunde zugrundeliegenden Erkrankung. Das Überprüfen von Drainagen (Nr. 13) ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert verordnungsfähig ist die bedarfsweise Anleitung zu krankheits- und wundspezifischen Maßnahmen, insbesondere der Druckentlastung und Bewegungsförderung, sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, Wundgeruch und Kompression. Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls den dokumentierten Positionswechsel (Nr. 12) sowie die Wunddokumentation, gegebenenfalls die Fotodokumentation und weitere Informationen aus der Pflegedokumentation auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Therapie erfolgreich ist, gegebenenfalls angepasst werden muss und unter ambulanten	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		Bedingungen zum Ziel führen kann. Durch den Leistungserbringer ist eine Wunddokumentation (z.B. Wundart, Gewebeart, Länge, Breite und Tiefe der Wunde, Wundtaschen, Exsudat, Geruch, Wundrand, Wundumgebung, Schmerzen, Entzündungszeichen) und gegebenenfalls zusätzlich eine Fotodokumentation zu führen. Insbesondere bei neu auftretenden Entzündungszeichen, Schmerzen oder Verschlechterungen des Wundzustandes ist umgehend die Ärztin oder der Arzt zu informieren.	
31b	**An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen** der Kompressionsklassen I bis IV **Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes**	Ziel ist die Wundheilung (z.B. Ulcus cruris venosum, mixtum), Unterstützung des venösen Rückflusses, Unterstützung des Lymphabflusses. Erfasst von dieser Leistungsnummer sind ausschließlich ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen, wenn die Kompressionstherapie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. 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	Jeweils 1 x täglich.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		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. Zur Ermöglichung eines selbständigen An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/Kompressionstrumpfhosen ist jeweils die Verordnung von Anziehhilfen in Betracht zu ziehen. 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 sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
31c	**An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden** zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	Das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die stützenden und stabilisierenden Verbände nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die stützenden oder stabilisierenden Verbände selbstständig an- und abzulegen (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.	Bis zu 2 Wochen, jeweils 1 x täglich.
31d	**An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen** im Rahmen der Krankenbehandlung	Das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit – einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder – einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen selbstständig an- und abzulegen (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder	jeweils 1 x täglich Stützkorsett: Jeweils 1 bis 2 x täglich

Dies

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		– 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.	

Diese Richtlinien-Version ist nicht

Sachverzeichnis

Absaugen	Nr. 6
Aktivierung	Siehe Beschreibung Grundpflege / Behandlungspflege
Anleitung in der Häuslichkeit – bei der Grundpflege – bei der Behandlungspflege	 Nr. 1 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- oder Ablegen	Siehe An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen (Nr. 31d) Siehe An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden (Nr. 31c)
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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Bronchialtoilette / Bronchiallavage	siehe Absaugen (Nr. 6)
Darmentleerung	Siehe Ausscheidungen (Nr. 2) Siehe Einlauf/ Klistier (Nr. 14)
Dekubitusbehandlung (Positionswechsel)	Nr. 12
Dekubitusprophylaxe	Siehe Beschreibung Grundpflege
Drainagen, Überprüfen von	Nr. 13 Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr 31a)
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
Glukosemessung, kontinuierliche interstitielle	Nr. 11a
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)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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)
Körpertemperaturkontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Kompressionsstrümpfe/ -verband	Siehe Körperpflege (Nr. 4) Siehe An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (Nr. 31b)
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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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- oder Ablegen	Siehe An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen (Nr. 31d)
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)
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)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Stützkorsett/ -strümpfe, An- oder Ablegen	Siehe An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen (Nr. 31d)
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
Vitalzeichenkontrolle	Siehe Krankenbeobachtung, spezielle (Nr. 24)
Waschen	siehe Körperpflege (Nr. 4)
Wund- und Fisteldrainagen	Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a) Siehe Drainagen, Überprüfen von (Nr. 13)
Wundschnellverbände	Siehe Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) Siehe Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a)
Wundversorgung einer akuten Wunde	Siehe Nr. 31
Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	Siehe Nr. 31a
Zahnpflege	Siehe Körperpflege (Nr. 4)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.