*Kontakt*gespräche

Seit 1978. Diese Verbände repräsentieren mehr als 90% der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher und mehrfacher Behinderung.

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe

– Leitlinie für stationäre Einrichtungen

Caritas
Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon 07 61.2 00 - 3 01
Telefax 07 61.2 00 - 6 66
cbp@caritas.de

Bundesvereinigung
Lebenshilfe für Menschen
mit geistiger Behinderung e. V.
Raiffeisenstraße 18
35043 Marburg
Telefon 0 64 21.4 91 - 0
Telefax 0 64 21.4 91 - 1 67
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

Verband
für anthroposophische
Heilpädagogik, Sozialtherapie
und soziale Arbeit e.V.
Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 0 60 35.81 - 1 90
Telefax 0 60 35.81 - 2 17
info@verband-anthro.de

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe e.V.
Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Telefon 0 30.8 30 01 - 2 70
Telefax 0 30.8 30 01 - 2 75
info@beb-ev.de

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstraße 5–7
40239 Düsseldorf
Telefon 02 11.6 40 04 - 0
Telefax 02 11.6 40 04 - 20
info@bvkm.de

Herausgeber:

- im Auftrag der Kontaktgesprächsverbände -

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.
Postfach 33 02 20, 14172 Berlin
Tel.: 030 / 83001 - 270
Fax: 030 / 83001 - 275
info@beb-ev.de
www.beb-ev.de

Das Dokument steht als kostenloser Download auf den Homepages der Kontaktgesprächsverbände zur Verfügung.

Berlin, Dezember 2008

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen

Diese Leitlinie wurde erarbeitet durch eine *Ad-hoc-Arbeitsgruppe Pflege* des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der Fachverbände der Behindertenhilfe und verabschiedet durch die Fachverbände der Behindertenhilfe beim Kontaktgespräch der Fachverbände der Behindertenhilfe am 24. Oktober 2008

Gliederung der Leitlinie

1.	Ziele der Leitlinie	5
2.	Bedarf an Behandlungspflege	9
2.1.	Wachsender Bedarf an Behandlungspflege	10
2.2.	Verhältnis der Behandlungspflege zur Grundpflege	11
2.2.1.	Grundpflege	13
2.2.2.	Behandlungspflege	13
2.2.3.	Anordnung durch Ärzte	14
2.2.4.	Pflegerische Maßnahmen in der Eingliederungshilfe	15
3.	Anforderungen und Gestaltung	17
3.1.	Rechte und Pflichten	17
3.1.1.	Klientenperspektive	17
3.1.2.	Mitarbeiterperspektive	18
3.1.3.	Einrichtungs- und Trägerperspektive	19
3.2.	Strukturaspekte	20
3.2.1.	Beratende Pflegefachkraft	20
3.2.2.	Auswahl geeigneter Personen	21
3.2.3.	Beauftragung mit Behandlungspflege	21
3.2.4.	Pflegerichtlinien bzw. Pflegestandards	22
3.2.5.	Schulung und Anleitung	23
3.2.6.	Kontinuierliche Fortbildung	23

3.2.7.	Dokumentation der Pflegeplanung und -prozesse	24
3.3.	Prozessaspekte	24
3.3.1.	Zusammenarbeit mit Ärzten	24
3.3.2.	Dokumentation ärztlicher Anordnungen	25
3.3.3.	Krankenhausentlassung mit besonderem Pflegebedarf	25
3.3.4.	Qualitätssicherung	26
4.	Information der Klienten und ihrer gesetzlichen Betreuer	27
5.	Auswertung von Erfahrungen und Entwicklungsbedarf	27
	Arbeitsgruppe	28
	Anhang	29

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen

1. Ziele der Leitlinie

- Diese Leitlinie formuliert praxisorientierte Empfehlungen zur Durchführung von *Behandlungspflege durch stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe*. Sie soll Trägern und Leitungsverantwortlichen der Einrichtungen Handlungssicherheit auf der Grundlage eines von den Fachverbänden der Behindertenhilfe (Kontaktgespräch) getragenen Konsenses vermitteln. Sie trägt damit zur Qualitätsentwicklung und zur Qualitätssicherung sowie zur Transparenz gegenüber Klienten und Leistungsträgern (Kostenträgern) bei. Diese Leitlinie bietet einen Rahmen für die Gestaltung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen an. Die Träger haben die Anwendung der Leitlinie und die konkrete Ausgestaltung der Behandlungspflege vor Ort eigenverantwortlich zu gestalten.

- Diese Leitlinie soll die Handlungsspielräume unter dem Gesichtspunkt lebensweltlicher Orientierung von Eingliederungshilfe erweitern und die Förderung der Teilhabechancen von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe verbessern helfen. Ihr Recht auf Selbstbestimmung und die Gestaltung der Hilfen unter einem einheitlichen Konzept sollen gewährleistet werden.

- Diese Leitlinie ist erforderlich, weil gesetzliche Regelungen und verbindliche Begriffsbestimmungen zur Behandlungspflege in der Behindertenhilfe fehlen und nicht durch die Übertragung von Bestimmungen usw. aus anderen Bereichen (Pflegeversicherung, Krankenhaus usw.) ohne weiteres ersetzt werden können.

- Diese Leitlinie berücksichtigt, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 01.04.2007 die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Behandlungspflege zu Lasten der

Gesetzlichen Krankenversicherung auf alle "betreuten Wohnformen" erweitert und als ein Regelbeispiel die „betreuten Wohnformen“ aufgeführt hat (§ 37 SGB V n. F.). Der Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege in einer "betreuten Wohnform" setzt nach den am 11.06.2008 in Kraft getretenen Häusliche Krankenpflege-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Falle des Aufenthalts in einer Einrichtung der Behindertenhilfe neben einer ärztlichen Verordnung voraus, dass im Einzelfall "nach den gesetzlichen Bestimmungen" kein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen gilt, dass Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe erbracht werden, auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung umfassen (§ 55 S. 1 SGB XII, § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI). Ob neben der Grundpflege auch die Behandlungspflege zu den genannten Pflegeleistungen gehört, war vor der Gesundheitsreform 2007 umstritten. Die neue Rechtslage schafft neue Abgrenzungsnotwendigkeiten.

In der Praxis stellt sich die Vereinbarungslage zur Erbringung von Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe zwischen den Leistungsträgern der Sozialhilfe und den Einrichtungen (Landesrahmenverträge, Leistungsvereinbarungen) bzw. zwischen den Einrichtungen und ihren Bewohnern (Heimverträge) unterdessen bundesweit sehr unterschiedlich dar. In vielen Einrichtungen der Behindertenhilfe gehört die Durchführung von Maßnahmen der Behandlungspflege zum originären Leistungsspektrum der Einrichtung. Hier setzt diese Leitlinie an.

- Diese Leitlinie bezieht sich auf die konzeptionellen, fachlichen, organisatorischen und rechtlichen Gesichtspunkte, die bei der Erbringung von

Behandlungspflege unmittelbar *durch* stationäre Einrichtungen für ihre Klientinnen und Klienten zu beachten sind.

- Diese Leitlinie bezieht sich ausschließlich auf Einrichtungen der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe), also *nicht* auf Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag gemäß SGB XI abgeschlossen haben.[1] Organisationsformen, Verantwortlichkeiten und Leistungsgeschehen in Pflegeeinrichtungen gemäß SGB XI werden dem Auftrag von Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht gerecht.

- Diese Leitlinie beabsichtigt nicht, die Zusammenhänge und Abgrenzungen zwischen Pädagogik, Heilpädagogik und Pflege oder zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung umfassend zu klären.

- Diese Leitlinie befasst sich nur mit Leistungen, die die Einrichtungen selbst gegenüber den Klientinnen oder Klienten als Vertragspartner erbringen (ggf. durch die von der Einrichtung beauftragte Dritte erbringen lassen). Leistungen, die durch Dritte (z. B. zugelassene Pflegedienste) aufgrund eines eigenen Vertrages mit dem Klienten ggf. in den Räumen der Einrichtung erbracht werden, sind hingegen nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Insbesondere Leistungen, die als ärztlich verordnete Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V durch zugelassene Pflegedienste zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, sind von dieser Leitlinie nicht berührt.

- Diese Leitlinie soll durch eine sich schrittweise herausbildende einheitliche Verfahrensweise zu mehr Klarheit und Verbindlichkeit zwischen den Beteiligten beitragen.

[1] Anteilige Leistungen der Pflegekassen (nach § 43a SGB XI) zum Heimentgelt lassen den Status der Behinderteneinrichtung als Einrichtung der Eingliederungshilfe unberührt.

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen

- Diese Leitlinie bildet eine gemeinsame Plattform der fünf Fachverbände der Behindertenhilfe im Hinblick auf die Behandlungspflege in der stationären Behindertenhilfe.

2. Bedarf an Behandlungspflege

Menschen mit geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen bedürfen neben sozialen und pädagogischen oft auch pflegerischer Leistungen. Sie erhalten deshalb seit jeher neben psychosozialen, heilpädagogischen und pädagogischen Hilfen in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Rahmen einer ganzheitlichen stationären Leistung bei Bedarf auch pflegerische Leistungen.

Vor diesem Hintergrund befassen sich Einrichtungen, Träger und Fachverbände mit dem Verhältnis dieser Leistungen. Sie können dabei auf folgende früher entstandene Dokumente zurückgreifen:

- *Gemeinsame Arbeitsgruppe aus Vertretern von Heimaufsichten und der Freien Wohlfahrtspflege (Behindertenhilfe) in Nordrhein-Westfalen:* Rahmenempfehlung Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (2005).

- *CBP-Fachbeirat für Menschen mit körperlicher Behinderung:* Leitfaden zur üblichen Handhabung behandlungspflegerischer Tätigkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe (2005).

- *Lebenshilfe, Landesverband Baden-Württemberg*: Medizinische Behandlungspflege in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe. Eine Orientierungshilfe für die Praxis (2006).

- *Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland*: Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Überlegungen der Diakonie zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung und Empfehlungen zur Leistungserbringung (2007).

Die erwähnten Dokumente betonen übereinstimmend die Notwendigkeit und die Zweckmäßigkeit, auch nicht pflegefachlich ausgebildete Mitarbeitende in die Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen einzubeziehen. Die Verbände müssen übrigens jeweils für sich klären, wie sich das Verhältnis der ggf. bisher in ihrem Verband geltenden Dokumente und dieser vorliegenden Leitlinie künftig gestalten soll.

2.1 Wachsender Bedarf an Behandlungspflege

In den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe, vor allem in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, wird sich die Entwicklung der letzten Jahre fortsetzen; der Bedarf an pflegerischen Leistungen nimmt kontinuierlich zu. Zugleich steigen die Anforderungen an pflegerische Kompetenz und an die Qualitätssicherung von Pflege.

Es gibt verschiedene Gründe für den wachsenden Bedarf an pflegerischen Leistungen:
Ein erster Grund liegt in der demographischen Entwicklung: Menschen mit Behinderung nehmen an der allgemeinen demographischen Entwicklung teil. Auch ihre Lebenserwartung steigt. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, zusätzlich zu den bestehenden Behinderungen (akute oder chronische) Krankheiten zu bekommen, die kurz- oder langfristigen Pflegebedarf bedingen oder bleibende Funktionseinschränkungen hinterlassen, die einen kontinuierlichen Pflegebedarf nach sich ziehen. Manche dieser zusätzlich beeinträchtigenden Krankheiten entstehen unabhängig von den bestehenden Behinderungen (z. B. Tumor-Erkrankung bei einer Person mit Infantiler Cerebralparese), andere stehen in einem inneren Zusammenhang mit der schon vorher bestehenden Behinderung (z. B. Alzheimer-Demenz bei Trisomie 21).

Ein zweiter Grund ist versorgungsstruktureller Art: Es werden künftig eher Menschen mit schweren Behinderungen oder ältere Menschen mit Behinderungen sein, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen.

Ein dritter Grund sind die tief greifenden Veränderungen im Krankenhausbereich: Die Leistungsvergütung mittels Fallpauschalen (DRG) bewirkt frühe Krankenhausentlassungen mit häufig noch erheblichem Pflegebedarf. Oft handelt es sich um einen Pflegebedarf, der besondere fachliche Kompetenzen voraussetzt. Gleichermaßen wirkt die zunehmende Verlagerung von medizinischen Eingriffen in den ambulanten Bereich (z. B. ambulante Operationen) oder in den teilstationären Bereich (z. B. Tagesklinik).

2.2 Verhältnis der Behandlungspflege zur Grundpflege

Pflegemaßnahmen richten sich auf Pflegebedarfe, die langfristig bzw. dauerhaft bestehen, oder auf Pflegebedarfe, die kurzfristig bestehen und sich demzufolge in Art, Umfang, Schwierigkeitsgrad, Risikopotential rasch wandeln können. Diese Unterscheidung hat große Bedeutung für die Praxis, weil sie unterschiedliche Anforderungen an die Beurteilungs- und Handlungskompetenz der Pflegenden nach sich ziehen.

In Abhängigkeit von der Verlaufsdynamik akuter oder chronischer Erkrankungen können sich auch die Pflegebedarfe in Art und Umfang rasch verändern.

Pflegemaßnahmen werden häufig in Maßnahmen der Grundpflege und in Maßnahmen der Behandlungspflege[2] eingeteilt. Allerdings liegt weder für

[2] Die **Begrifflichkeiten von Grund- und Behandlungspflege** wurden durch den Krankenhausökonomen S. EICHHORN 1967 in die deutsche Fachliteratur eingeführt. Mit dieser Begriffsverwendung bezog

den Begriff der Grundpflege noch für den Begriff Behandlungspflege eine Legaldefinition vor[3]. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird die Unterscheidbarkeit von Grund- und Behandlungspflege energisch bestritten[4]. In der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege werden die Inhalte der Begriffe jedoch beschrieben.

Auch aus pragmatischen Gründen ist jedoch die Unterscheidung von Grundpflege und der Behandlungspflege üblich. Die beiden Begriffe dürfen nicht im Sinne einer streng dichotomen Kategorisierung gegenübergestellt werden. Es ist als ein Missverständnis anzusehen, wenn Grund- und Behandlungspflege in ein hierarchisches Verhältnis gesetzt werden, als ob die Behandlungspflege die anspruchsvollere, die Grundpflege die weniger anspruchsvolle Pflege wäre. Eine solche Hierarchisierung verkennt die häufige Verknüpfung von Grund- und Behandlungspflege in einheitlichen Pflegeprozessen. Nicht einmal auf der Grundlage einzelner *Pflegehandlungen* (Tätigkeitskataloge) kann man von vornherein regelmäßig unterscheiden, ob es sich um eine Maßnahme der Grundpflege *oder* der Behandlungspflege handelt. Vielmehr hängt es oft vom Ziel und vom Kontext einer Maßnahme ab, ob sie eher als Maßnahme der Grundpflege oder eher als Maßnahme der Behandlungspflege zu verstehen ist.

---

er sich auf eine von ihm mit anderen im Jahre 1954 für das Deutsche Krankenhausinstitut vorgenommene Übersetzung einer englischen Arbeit. Dabei wurden der Begriff *technical nursing* mit Behandlungspflege, der Begriff *basic nursing* mit Grundpflege mehr oder minder „willkürlich" übersetzt.

[3] Von einer **Legaldefinition** spricht man, wenn in einem Gesetz Begriffe definiert werden.

[4] „Aus einem modernen Pflege- und Berufsverständnis sowie aus pflegewissenschaftlicher Sicht kann es keine Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege geben." Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. vollst. überarbeitete Auflage. Urban und Fischer, 2004, S. 130. Andere Lehrbücher führen die Begriffe Grund- und Behandlungspflege nicht einmal im Stichwortverzeichnis auf, z. B Thieme´s Pflege. Professionalität erleben. 10. völlig neu bearbeitete Aufl. Thieme 2004. Die Pflegewissenschaftlerin Elke Müller stellt in ihrer Monographie „Leitbilder der Pflege" (Huber Verlag, Bern, 2001) die Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege unter die Überschrift „Der berufsfremde Blick auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland" (S. 103 ff.).

2.2.1 Grundpflege

Man kann einschränkend von *Grundpflege* sprechen, wenn Aktivitäten des täglichen Lebens[5] der zu pflegenden Person durch den Pflegenden unterstützt, ergänzt oder ersetzt werden (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität), weil durch Krankheit oder Behinderung diese Aktivitäten nicht selbstständig im erforderlichen Umfang ausgeführt werden können.

Moderne Pflegekonzepte zielen darauf, individuelle Fähigkeiten und Eigenkompetenzen des zu Pflegenden zu erhalten, zu fördern oder wieder herzustellen. Dabei kommt der Steuerungs- und Entscheidungskompetenz des Betroffenen (Selbstbestimmung) eine wichtige Rolle zu. Die Förderung der Teilhabe in der Eingliederungshilfe wiederum führt über die Hilfestellung bei Aktivitäten des täglichen Lebens hinaus.

2.2.2 Behandlungspflege

Um *Behandlungspflege* handelt es sich, wenn im Rahmen eines Behandlungsprozesses, der üblicherweise von einem Arzt gesteuert und verantwortet wird, pflegerische Maßnahmen durchgeführt werden, die dem Behandlungsprozess (einschließlich der Diagnostik) dienen. Damit ist die Behandlungspflege der Heilung oder Linderung von Krankheiten, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder der Linderung der Krankheitsbeschwerden[6] oder der Krankheitsfolgen (akute oder chronische Krankheiten oder Behinderungen) durch „medizinnahe“ Maßnahmen gewidmet (z. B. Medikamen-

[5] Sie werden beispielsweise nach JUCHLI folgendermaßen untergliedert: ATL „Für Sicherheit sorgen“, ATL „Atmen“, ATL „Wach sein und schlafen“, ATL „Sich waschen und kleiden“, ATL „Essen und Trinken“, ATL „Sich bewegen“, ATL „Körpertemperatur regulieren“, ATL „Ausscheiden“, ATL „Kommunizieren“, ATL „Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten“, ATL „Sich beschäftigen“ und ATL „Sinn finden“. Es gibt auch andere anerkannte Pflegekonzepte.

[6] Formulierung in Anlehnung an die Formulierung des § 27 SGB V.

tengabe, Absaugen von Bronchialschleim). Gerade an pflegerischen Maßnahmen, die auf *chronische* Krankheiten oder *Behinderungen* gerichtet sind, lässt sich zeigen: Sie dienen oft nicht der *Heilung* im engeren Sinne, sondern langfristig, u. U. dauerhaft, der *Kompensation bzw. Linderung* von langfristigen oder gar irreversiblen *Beeinträchtigungen von Funktionen des Organismus* oder *Beeinträchtigungen von Aktivitäten der Person* oder *Beeinträchtigungen der Teilhabe*, die in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2001)[7] klassifiziert sind. Auch dies belegt den wechselseitigen Übergang von Behandlungs- und Grundpflege.

Maßnahmen der Behandlungspflege gehören in den Zusammenhang von Behandlungs- oder Hilfeprozessen auf der Grundlage von Behandlungs- oder Hilfeplänen, sie stehen nicht isoliert.

2.2.3 Anordnung durch Ärzte

Es ist ärztliche Aufgabe, Leistungen der Behandlungspflege zu verordnen oder anzuordnen und zu überwachen. Es ist möglich, dass der Betroffene in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes mitentscheidet, welche (Vertrauens-)Person eine bestimmte behandlungspflegerische Maßnahme ausführen soll.

Ergänzend sei darauf verwiesen, dass Ärzte im Allgemeinen die Pflege nicht hinsichtlich ihrer fachlich richtigen Durchführung überprüfen können, weil sie dafür zumeist nicht über das erforderliche pflegefachliche Wissen verfügen und sie nicht unmittelbar am Pflegeprozess teilnehmen. Ärzte können im Allgemeinen nur die Ergebnisse von Pflege einschätzen. Aber auch hier ist

[7] World Health Organisation (ed.) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO, Geneva.

das ärztliche Beurteilungsvermögen begrenzt, weil das Ergebnis eines Pflegeprozesses nicht allein von der sachgerechten Durchführung der Pflege, sondern von weiteren Faktoren abhängig ist.

2.2.4 Pflegerische Maßnahmen in der Eingliederungshilfe

Maßnahmen der Eingliederungshilfe zielen – im Einklang mit den Zielbestimmungen aus dem SGB IX – auf Teilhabe an der Gesellschaft. Medizinische Maßnahmen zielen neben der Linderung oder Beseitigung von Krankheitserscheinungen, Beschwerden, Schmerzen usw. auch auf Wiederherstellung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit als förderliche Kontextfaktoren von sozialer Teilhabe.

Oft sind behandlungspflegerische Maßnahmen sogar Voraussetzung für soziale Teilhabe (z. B. mobile Beatmung). Menschen mit Behinderungen benötigen in Abhängigkeit von Art und Umfang ihres individuellen Hilfebedarfs sowohl Eingliederungshilfe als auch zeitweilig oder andauernd Pflege. So wie sich Grund- und Behandlungspflege in der Durchführung nicht immer voneinander abgrenzen lassen, so lassen sich auch Maßnahmen der Pflege von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nicht generell trennen. Diese Aussage bezieht sich sowohl auf die konzeptionelle als auch auf die praktische Ebene.

Dies bedeutet unter anderem:

1) Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Pflege gehören im praktischen Vollzug in der Regel zusammen, sie sind in einem einheitlichen Hilfeplan, der auch den Pflegeprozess detailliert beschreibt, aufeinander zu beziehen und auf dessen Grundlage zu verwirklichen.

2) Eine transdisziplinäre Perspektive überwindet eine enge professionalistische Sichtweise, nach der *ausschließlich* spezielle Berufsgruppen für die einen oder die anderen Maßnahmen zuständig sind.

Qualitätsanforderungen an die pflegerischen Maßnahmen verlangen die situationsspezifische Zusammenarbeit der Berufsgruppen in der Behindertenhilfe. Pädagogische, heilpädagogische und pflegerische Aufgaben sind gleichermaßen qualifiziert zu erfüllen.

Der oft aufgestellten Behauptung, für behandlungspflegerische Maßnahmen bestehe ein so genannter Berufsvorbehalt[8], ist zu widersprechen. Stattdessen gilt: *Von der Situation oder dem Kontext ist abhängig zu machen, wer welche Pflegemaßnahmen bei wem ausführt.*

Das Vorliegen einer formalen Berufsqualifikation (z. B. Gesundheits- und Krankenpflege) bietet allein noch keine Gewähr für eine individuumsgerechte, kontextgerechte und fachlich einwandfreie Qualität. Die Bindung an das Vorhandensein einer bestimmten Berufsqualifikation kann sogar Teilhabechancen einschränken.

Eine Übertragung behandlungspflegerischer Aufgaben auf Personal ohne pflegefachliche Ausbildung ist oft nötig. Sie ist möglich, wenn durch Schulung, Anleitung, regelmäßige Kontrolle und ergänzende fachliche Unterstützung im Bedarfsfall die sachgerechte Durchführung der Pflegehandlungen gewährleistet wird. Grenzen bei der Übertragbarkeit von behandlungspflegerischen Aufgaben liegen insbesondere in der Art der Aufgabe, in der persönlichen Eignung, in der materiellen Qualifikation bzw. Geübtheit von Personen, sowie im konkreten Risikopotential einer bestimmten Maßnahme bei einer bestimmten Person.

[8] „Mythos des Berufsvorbehaltes“ (KLIE 1998)

Diesen Aussagen liegt die Erfahrung zugrunde, dass Menschen mit Behinderung in Ausübung ihres Rechtes auf Selbstbestimmung bestimmte Maßnahmen der Behandlungspflege oft ausdrücklich durch nicht pflegefachlich ausgebildete Personen ihres sozialen Umfeldes ausführen lassen wollen. Sie wünschen oft, dass diese Maßnahmen im Sinne des Assistenzprinzips ausnahmslos durch die von ihnen gewählten Personen ihres Vertrauens erbracht werden.

3. Anforderungen und Gestaltung

3.1 Rechte und Pflichten

3.1.1 Klientenperspektive

Die Eingliederungshilfe entwickelt und gestaltet ihre Arbeit mit und für Menschen mit Behinderungen immer deutlicher als Assistenzleistungen für die Betreffenden, die in Anerkennung ihrer uneingeschränkten Rechte zur Selbstbestimmung und in der Anerkennung ihrer Entscheidungskompetenzen in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen werden. Dieser Gesichtspunkt gilt ausdrücklich auch für die Behandlungspflege.

Klientinnen und Klienten haben als Ausdruck ihres Rechts auf Selbstbestimmung ein Recht darauf, dass bei der Planung und Durchführung von Behandlungspflege nicht nur ihre rechtswirksame Einwilligung eingeholt wird; außerdem sollten die Heimverträge präzise Aussagen darüber enthalten, was unter Berücksichtigung der Wünsche der Klientinnen und Klienten im Hinblick auf die Behandlungspflege vereinbart wurde. Sofern eine Klientin, ein Klient die Einwilligung nicht rechtswirksam erteilen kann, ist die Einwilligung des rechtlichen Betreuers bzw. Vertreters mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge erforderlich.

Klientinnen und Klienten haben, wenn sie von der Einrichtung Behandlungspflege erhalten, einen Anspruch darauf, dass diese in der erforderlichen Qualität geleistet wird.

3.1.2 Mitarbeiterperspektive

Mitarbeitende haben Anspruch darauf, dass der Träger die Verfahrensweisen verbindlich regelt, unter denen sie mit der Ausführung bestimmter Pflegemaßnahmen beauftragt werden.
Mitarbeitenden ist fachliche Unterstützung durch Schulung, Anleitung und Kontrolle gemäß den fachlichen Festlegungen der Einrichtung (Pflegestandards bzw. Pflegerichtlinien) zu gewähren. Sie haben Anspruch auf die Bereitstellung der notwendigen Hilfs- und Arbeitsmittel (z. B. Pflegehilfsmittel, Verbrauchsmaterial) für die Erbringung der ihnen übertragenen Aufgaben. Vor diesem Hintergrund übernehmen die Mitarbeitenden die Durchführungsverantwortung für fachgerechte Pflege.

Die Grenzen der Beauftragung nicht pflegefachlich ausgebildeter Mitarbeitender mit pflegerischen Aufgaben bestimmen sich aus den Besonderheiten des Einzelfalls.

Mitarbeitende haben Anspruch darauf, dass die Träger der Einrichtungen die gesetzlichen Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, bezogen auf ihre konkreten pflegerischen Aufgaben, erfüllen.

3.1.3 Einrichtungs- bzw. Trägerperspektive

Der Träger trifft in eigener Verantwortung für seine Einrichtungen geeignete Festlegungen zur Durchführung von Maßnahmen der Behandlungspflege. Dabei kann er auf Empfehlungen wie diese Leitlinie zurückgreifen.

Dem Träger steht es frei, hinsichtlich vorliegender Empfehlungen Abweichungen zu formulieren, wenn ihm dies aus fachlichen, konzeptionellen, oder organisatorischen Gründen geboten erscheint.

Die Leitungsebenen eines Trägers tragen Verantwortung für die sachgerechte und vereinbarungsgemäße (Landesrahmenvertrag, Leistungsvereinbarung) Erbringung aller Maßnahmen der Behandlungspflege in ihrem jeweiligen Aufgabenbereich.

Der vom Träger bestimmte konzeptionelle, organisatorische und personelle Rahmen der Einrichtung ist Grundlage der Leistungserbringung.

Einrichtungsträger sind nur insoweit verpflichtet, Maßnahmen der Behandlungspflege in den Einrichtungen durchzuführen, soweit diese in der Leistungsvereinbarung bzw. im Heimvertrag vereinbart sind.

Für stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe gelten die Vorschriften anderer leistungsrechtlicher Gebiete (z. B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen) nicht. Die Eingliederungshilfe hat einen anderen Auftrag und verlangt andere Bedingungen.

Wenn Behandlungspflege einem Dritten (z. B. Pflegedienst, pflegefachlich ausgebildete Honorarkraft) durch den Träger in Auftrag gegeben wird, bleibt der Träger im Rahmen seiner Organisationsverantwortung für die Auswahl eines geeigneten Auftragnehmers und eindeutige vertragliche Abmachun-

gen verantwortlich. Für die sachgerechte Durchführung der Behandlungspflege hingegen ist der den Auftrag übernehmende Dritte verantwortlich.

3.2 Strukturaspekte

3.2.1 Beratende Pflegefachkraft

Im Allgemeinen sind in Einrichtungen der Behindertenhilfe die Leitungsverantwortlichen pädagogische Fachkräfte. Aus konzeptionellen Gründen sind dort in der Regel keine qualifizierten Pflegedienstleitungen[9] mit umfassender Verantwortung für die Pflege tätig.

Mit der Etablierung von *Beratenden Pflegefachkräften*[10] – anstelle von Pflegedienstleitungen – wird die Pflegequalität in der Eingliederungshilfe gesichert. Die Beratenden Pflegefachkräfte unterstützen die Leitungsverantwortlichen der jeweiligen Organisationseinheit in fachlicher Hinsicht bei der Wahrnehmung von deren ungeteilter Leitungsverantwortung – einschließlich der Verantwortung für Pflege.

Aufgaben der Beratenden Pflegefachkräfte sind insbesondere die Erhebung des Pflegebedarfs, die Pflegeplanung bzw. die Unterstützung der Pflegenden bei der Erhebung des Pflegebedarfs und bei der Pflegeplanung, die Überwachung von Pflegeprozessen (Pflegevisite), die Schulung und Anleitung nichtpflegerisch ausgebildeter Mitarbeitender zu behandlungspflegerischen Maßnahmen, die Erhebung von fachlichem Unterstützungs- und Fortbildungsbedarf. Sie beraten unter diesen Aspekten die Leitungspersonen.

[9] Wie z. B. im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung oder bei einem ambulanten Pflegedienst nach § 80 SGB XI.
[10] Mancherorts werden andere Bezeichnungen für die Funktion der Beratenden Pflegefachkräfte verwendet.

Der Träger legt unter Berücksichtigung der fachlichen Erfordernisse und der konkreten Bedingungen der Einrichtung die Zuständigkeitsbereiche sowie die Aufgaben und Kompetenzen der Beratenden Pflegefachkräfte im Einzelnen fest.

Der Träger ist dafür verantwortlich, festzulegen, wie sich die für die Funktion der Beratenden Pflegefachkraft bestimmten Mitarbeitenden fortbilden, um den Anforderungen ihrer Funktion gerecht zu werden. Die Teilnahme an den Fortbildungen wird dokumentiert.

3.2.2 Auswahl geeigneter Personen

Der Träger legt fest, nach welchen Kriterien (Ausbildung, Qualifikation, persönliche Eignung) und durch wen die Auswahl der Beratenden Pflegefachkräfte erfolgt. In erster Linie kommen für die Funktion als Beratende Pflegefachkraft nur solche Personen in Betracht, die eine pflegefachliche Ausbildung absolviert haben (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege), in zweiter Linie Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in der Heilerziehungspflege, soweit sie über notwendiges pflegefachliches Wissen und Kompetenzen verfügen.

3.2.3 Beauftragung mit Behandlungspflege

Der Träger legt fest, nach welchen Kriterien (Ausbildung, Qualifikation, persönliche Eignung) und durch wen die Auswahl derjenigen Mitarbeitenden erfolgt, die nach Schulung und Anleitung behandlungspflegerische Aufgaben durchführen sollen. Dabei kann entweder die namentliche Festlegung der Mitarbeitenden für bestimmte Pflegemaßnahmen erfolgen oder die namentliche Festlegung der Mitarbeitenden für bestimmte Pflegemaßnahmen bei

namentlich genannten Klienten. Letzteres kann beispielsweise eine Möglichkeit für eher schwierige und risikoträchtige Maßnahmen sein.

Der Träger bestimmt insbesondere, welche behandlungspflegerischen Maßnahmen er grundsätzlich nur ausgebildeten Pflegefachkräften überträgt und welche er nach Schulung und nach Anleitung auch anderen Mitarbeitenden überträgt.

Der Träger legt auch fest, wie im Falle für die Einrichtung ungewöhnlicher Pflegemaßnahmen zu verfahren ist.

Ein Träger kann grundsätzlich einen Dritten (z. B. Pflegedienst) mit der Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen beauftragen. Er vereinbart dabei den Umfang der Leistungen.

3.2.4 Pflegerichtlinien bzw. Pflegestandards

Der Träger unterstützt die fach- und sachgerechte Behandlungspflege durch verbindliche Festlegungen zur Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen (Pflegerichtlinien bzw. Pflegestandards). Diese Festlegungen sind unter Berücksichtigung der fachlichen Standards den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Klienten sowie den Bedingungen der Einrichtung anzupassen. Sie sollen neben den rein fachlichen Aspekten auch eine förderliche Beziehungsgestaltung beachten.

Alle Mitarbeitenden sind über das Vorhandensein der Festlegungen informiert und haben dazu einen niederschwelligen Zugang.

3.2.5 Schulung und Anleitung

Der Träger ist verantwortlich dafür festzulegen, in welchem Umfang und in welcher Form die für behandlungspflegerische Aufgaben ausgewählten Mitarbeitenden ohne pflegefachliche Ausbildung eine theoretische Schulung und praktische Anleitung zu den einzelnen behandlungspflegerischen Maßnahmen absolvieren sollen.

Angesichts des in der Regel begrenzten Umfangs der Beauftragung mit behandlungspflegerischen Maßnahmen ist von der Verpflichtung zu umfassenden Curricula abzusehen. Allerdings sollten bei Bedarf inhaltlich zusammenhängende Themenkomplexe der Schulung und Anleitung gemeinsam geschult und angeleitet werden.

Der Träger ist verantwortlich dafür festzulegen, durch wen und wie der Erfolg der Schulung und Anleitung zu prüfen und zu dokumentieren ist.

Der Träger ist verantwortlich, dass die Schulung und die Anleitung der Mitarbeitenden hinsichtlich behandlungspflegerischer Maßnahmen dokumentiert werden.

Den Mitarbeitenden ist eine Bescheinigung über Inhalt und Umfang von Schulung und Anleitung auszustellen.

3.2.6 Kontinuierliche Fortbildung

Der Träger ist verantwortlich für Organisation, Inhalte und Dokumentation der kontinuierlichen Fortbildung der Beratenden Pflegefachkräfte einerseits und der mit behandlungspflegerischen Maßnahmen beauftragten Mitarbei-

tenden andererseits. In die Festlegung der inhaltlichen Details sollten die Beratenden Pflegefachkräfte einbezogen werden.

3.2.7 Dokumentation der Pflegeplanung und -prozesse

Der Träger ist verantwortlich dafür festzulegen, wie die Pflegeplanung (Pflegeziele) und die Pflegemaßnahmen dokumentiert werden. Dabei wird berücksichtigt, dass sich die Pflegeplanung als integrierter Teil des umfassenden Hilfeprozesses vollzieht und die Pflegemaßnahmen im Rahmen eines umfassenden Hilfeprozesses realisiert werden. Die Entscheidung für die Form der Dokumentation hat diesen Gesichtspunkten gerecht zu werden.

Hinsichtlich der Pflegemaßnahmen wird insbesondere dokumentiert, welche Maßnahme wann durch wen ausgeführt wurde und ob Besonderheiten beobachtet wurden.

Die Dokumentation der Maßnahmen wird zeitnah vollzogen. Nachträgliche Veränderungen und Ergänzungen an der Dokumentation sind als solche kenntlich zu machen und namentlich abzuzeichnen.

Die Dokumentation der Pflegemaßnahmen ist dem anordnenden Arzt auf Verlangen zugänglich zu machen.

3.3. Prozessaspekte

3.3.1 Zusammenarbeit mit Ärzten

Einrichtungen suchen die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ärzten – insbesondere den Hausärzten und regelmäßig beanspruchten Fachärzten -

ihrer Klienten. Insbesondere bezieht sich dies auf die Informationen über die Möglichkeiten und Bedingungen behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Einrichtung.

3.3.2 Dokumentation ärztlicher Anordnungen

Die Anordnung[11] behandlungspflegerischer Maßnahmen hat durch den Arzt zu erfolgen. Die ärztliche Anordnung muss nachvollziehbar dokumentiert sein.

Art und Weise der Dokumentation hängen von den Gegebenheiten der Einrichtung einerseits, der Zusammenarbeit mit dem anordnenden Arzt andererseits ab. Die Schriftform von Anordnungen (z. B. Formularblatt, Telefax oder E-Mail) ist vom Arzt zu verlangen. Die schriftlichen Anordnungen der Ärzte werden im Original aufbewahrt.

Kommt ausnahmsweise seitens des Arztes keine schriftliche Anordnung zustande, so dokumentiert der beteiligte Mitarbeiter die mündlich oder fernmündlich übermittelte Anordnung - möglichst unter Zeugen.

3.3.3 Krankenhausentlassung mit besonderem Pflegebedarf

Die Einrichtung nimmt im Falle des Krankenhausaufenthaltes unter Einbeziehung der Beratenden Pflegefachkraft – in Abstimmung mit dem Klienten – Kontakt zum Krankenhaus auf, um die Begleitung während des Kranken-

11 *Anordnung* unterscheidet sich hier von *Verordnung* dadurch, dass die Anordnung allein die Veranlassung der Maßnahme aus fachlicher Begründung bzw. mit fachlicher Zielsetzung meint, während die Verordnung darüber hinaus auf die leistungsrechtliche Erschließung zielt.

hausaufenthaltes und das Notwendige hinsichtlich behandlungspflegerischer Bedingungen vor Rückübernahme des Klienten zu erörtern.

Der Träger ist verantwortlich dafür, dass Verfahrensregelungen getroffen werden, wie bei Entlassungen aus Krankenhausbehandlung oder nach teilstationären oder nach ambulanten Behandlungen im Krankenhaus zu verfahren ist, wenn weiterhin ein behandlungspflegerischer Bedarf besteht, der nicht durch die Einrichtung selbst versorgt werden kann.

3.3.4. Qualitätssicherung

Der Träger ist dafür verantwortlich, dass die Behandlungspflege ausdrücklich in das Qualitätssicherungssystem der Einrichtungen einbezogen wird.

4. Information der Klienten und ihrer gesetzlichen Betreuer

Der Träger informiert die Klienten bzw. deren gesetzliche Vertreter darüber, dass und in welchem Umfang Maßnahmen der Behandlungspflege durch nicht pflegerisch ausgebildetes Personal erbracht werden. Die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen auch durch nicht pflegefachlich ausgebildetes, sondern durch nur geschultes und angeleitetes Personal bedarf der ausdrücklichen Einwilligung der Klientinnen und Klienten bzw. deren gesetzlicher Vertreter.

Die Information über diese Sachverhalte und die Einwilligung selbst müssen dokumentiert werden.
Für den Fall der Nichteinwilligung muss entschieden werden, wie und gegebenenfalls ob unter dieser Bedingung die Betreuung in der Einrichtung fortgeführt werden kann.

5. Auswertung von Erfahrungen und Entwicklungsbedarf

Der Träger ist verantwortlich dafür festzulegen, wie die Erfahrungen mit der Behandlungspflege in den Einrichtungen auszuwerten und welche Schlussfolgerungen zu ziehen sind.
Der Träger legt fest, ob und ggf. an welchen übergeordneten Auswertungen der Erfahrungen mit der Behandlungspflege die Einrichtung teilnimmt.

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen

An der vorliegenden Leitlinie haben mitgearbeitet:

Marlene Felbinger
Regens Wagner Absberg
91720 Absberg

Peter Frings
Diözesancaritasverband Münster
48149 Münster

Brigitta Hahn
Heilpädagogische Gemeinschaft
35274 Kirchhain

Johann Hertkorn
Stiftung Ecksberg
84453 Mühldorf

Judith Knilli
Medizinisch Pflegerischer Dienst
Fürst-Donnersmarck-Haus
13465 Berlin

Michaela Paulus
Lebenshilfe Dortmund
44287 Dortmund

Martin Rösner
Leben mit Behinderung Hamburg
22303 Hamburg

Ruth Scharringhausen
Fachschule für Heilerziehungspflege
der Rotenburger Werke der Inneren
Mission
27356 Rotenburg/Wümme

Petra Schlingmann
Westfalenfleiß gGmbH
48155 Münster

Helmut Schindler
Katholische Jugendfürsorge
93047 Regensburg

Norbert Schumacher
Bundesvereinigung Lebenshilfe
Raiffeisenstr. 18
35043 Marburg

Prof. Dr. med. Michael Seidel
v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel
33617 Bielefeld
(Leitung der Arbeitsgruppe)

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen

Anhang
Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien: Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG vom 17. Januar 2008/10. April 2008

(Quelle: Bundesanzeiger Nr. 84 (S. 2 028) vom 10.06.2008)

Hinweis:
Die vollständige Richtlinie ist zu finden unter:
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-260/RL-HKP-2008-01-17_2008-04-10.pdf

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien: Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG [1534 A]

Vom 17. Januar 2008/10. April 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen am 17. Januar 2008 und am 10. April 2008 beschlossen, die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien, HKP-RL) in der Fassung vom 16. Februar 2000 (BAnz. S. 8878), zuletzt geändert am 15. März 2007 (BAnz. S. 6395), wie folgt zu ändern:

I.1 In Nummer 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze neu eingefügt:

„Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich 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. Orte im Sinne des Satzes 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein."

Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen

BAnz. Nr. 84 (S. 2 028) vom 10.06.2008

1.2 Der bisherige Satz 2 wird zur neuen Nummer 3; das Wort „Sie“ wird durch die Wörter „Die häusliche Krankenpflege“ ersetzt.
1.3 Die bisherigen Nummern 3 bis 8 werden zu den Nummern 4 bis 9.
1.4 Die neue Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:
„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. Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkassen zu prüfen.

Abweichend davon 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.

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 Abs. 2 Satz 3 SGB V). 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.

1.5 In der neuen Nummer 8 wird im dritten Spiegelstrich die Zahl „28“ ersetzt durch die Zahl „31“.
1.6 In der neuen Nummer 9 wird nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 eingefügt: „Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege auch dann verordnet werden, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt worden ist.“ Der frühere Satz 3 wird zu Satz 4.
1.7 In der neuen Nummer 9 wird im letzten Satz das Wort „dies“ ersetzt durch die Wörter „die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“.
1.8 Nach der neuen Nummer 9 wird folgende Nummer 10 neu eingefügt: „Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

– Einreiben mit Dermatika oder oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens.
– Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung.
– oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheortorna bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung.
– Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens.
– Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens.“

1.9 Die bisherigen Nummern 9 bis 31 werden zu den neuen Nummern 11 bis 33.
1.10 In der neuen Nummer 11 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:
„Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Maßgabe der Nummer 31 verordnen.“
1.11 Die neue Nummer 31 wird wie folgt neu gefasst:
„Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann er diese anstelle des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen. In diesem Falle soll der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig den weiterbehandelnden Vertragsarzt informieren.“
II. Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Siegburg, den 17. Januar 2008/10. April 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
H e s s