

3. Auflage



Außerklinische Intensivpflege

Ein Leitfaden

Herausgegeben von
Frank Oehmichen,
Marcus Pohl
und Dirk Koschel



Frank Oehmichen
Marcus Pohl
Dirk Koschel (Hrsg.)

Außerklinische Intensivpflege

Ein Leitfaden

3., vollständig neu bearbeitete
und erweiterte Auflage



W. Zuckschwerdt Verlag
München

Bildnachweis:

Cover:	www.digitalstock.de
Kapitel 5.2:	Abb. 1 Copyright B. Braun Melsungen AG; Abb. 2 und Abb. 3 Copyright Klinik Bavaria Kreisch
Kapitel 7.1:	Abb. 1 und Abb. 5 Copyright Klinik Bavaria Kreisch; Abb. 2, Abb. 3 und Abb. 4 Eigentümer des Bildmaterials ist SERVONA GmbH, Germany
Kapitel 7.3:	Abb. 1 und Abb. 2 Copyright Fisher & Paykel Healthcare; Abb. 3 Copyright Smiths Medical Deutschland GmbH; Abb. 4 Copyright Megamed; Abb. 5 Copyright PARI GmbH; Abb. 6 mit freundlicher Genehmigung der Firma Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH
Kapitel 8.3:	Copyright Franke/Henzel
Kapitel 9:	Abb. 1 Copyright Smiths Medical Deutschland GmbH
Kapitel 11.4:	Abb. 1 Copyright PARI GmbH; Abb. 2 Copyright Fachkrankenhaus Coswig
Kapitel 11.15:	Copyright Klinik Bavaria Kreisch

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2015 by W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, Industriestraße 1, D-82110 Germering/München.

ISBN 978-3-86371-132-0

Vorwort zur dritten Auflage

Nach der ersten und zweiten Auflage 2011 und 2012 erscheint das Buch „Außerklinische Intensivpflege“ nun in einer dritten und überarbeiteten Auflage. Dies ist nur durch die engagierte Mitarbeit aller beteiligten Autoren möglich – dafür danken die Herausgeber ganz herzlich. So konnten die Kapitel aktualisiert und neue Schwerpunkte aufgenommen werden. Dabei wurden auch Vorschläge und Anmerkungen aus dem Kreis der Leser berücksichtigt.

Wir wünschen dem Buch auch in der neuen Auflage interessierte Leser und konstruktive, zur weiteren Verbesserung führende Kritiker.

Frank Oehmichen

Marcus Pohl

Dirk Koschel

Vorwort zur ersten und zweiten Auflage

Die Möglichkeiten moderner Medizin führen in vielen Fällen zur Heilung, in einigen Fällen aber auch zu Situationen einer chronisch kritischen Krankheit mit speziellem und intensivem Pflegebedarf. Patienten mit künstlicher Ernährung, Nierenersatzbehandlung und Beatmung sowie mit Notwendigkeit einer Versorgung mit Trachealkanülen werden mittlerweile außerhalb von Intensivstationen in speziellen Pflegeeinrichtungen, Wohngemeinschaften, aber auch zu Hause betreut.

Die Qualität der Patientenbetreuung bei außerklinischer Intensivpflege hängt entscheidend von dem Ausbildungsstand aller Beteiligten und der Fähigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit ab.

Ziel des Buches ist es, Schwerpunktthemen für alle an der außerklinischen Intensivpflege beteiligten Berufsgruppen darzustellen. Deshalb wurde für das Buch ein multiprofessioneller Ansatz gewählt, der Schlüsselthemen in Form von Stichworten bearbeitet. Die Autoren stützen sich dabei auf Erfahrungen aus dem Alltag in unterschiedlichen Versorgungskontexten, aber auch auf Erfahrungen eines seit mehreren Jahren etablierten Kurses für außerklinische Intensivpflege. Dabei kann das Buch in seiner Kürze Lehrbücher oder spezialisierte Fortbildungen nicht ersetzen. Der Anspruch auf Vollständigkeit kann auch deshalb nicht erhoben werden, da fast täglich neue Erkenntnisse und technische Innovationen in den klinischen Alltag einfließen, aber auch Änderungen des sozialrechtlichen Gefüges wirksam werden.

Wir hoffen, mit diesem Buch Pflegenden, Therapeuten, Sozialarbeitern und Hausärzten eine Orientierung in diesem Arbeitsfeld geben zu können. Wir sind uns bewusst, dass sehr schnell der Bedarf nach Aktualisierung deutlich werden kann. Deshalb sind wir für Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge dankbar.

Frank Oehmichen

Marcus Pohl

Dirk Koschel

Inhaltsverzeichnis

	Autorenverzeichnis	IX
1	Überleitungsmanagement (<i>E. Falk</i>)	1
2	Finanzierung (<i>S. Schulze</i>)	3
3	Delegierung ärztlicher Tätigkeiten (<i>F. Oehmichen</i>)	10
4	Medizinprodukte – gesetzliche Vorgaben zum Betrieb und zur Anwendung (<i>D. Geßner</i>)	13
5	Zugänge und Ableitungen	20
5.1	Enterale Zugänge (<i>R. Heilscher</i>)	20
5.2	Venöse Zugänge (<i>A. Toppel</i>)	23
5.3	Harnableitung (<i>A. Toppel, J. Ebermayer</i>)	30
6	Ernährung und Medikamentengabe	34
6.1	Enterale Ernährung (<i>M. Pohl</i>)	34
6.2	Parenterale Ernährung (<i>J. Mohm, J. Singer</i>)	38
6.3	Medikamentengabe über Ernährungssonden (<i>G. Grellmann</i>)	40
7	Atemwegsmanagement	43
7.1	Trachealkanülen (<i>S. Sutarski, S. Klyszcz</i>)	43
7.2	Absaugung (<i>T. Pommeranz, P. Kaiser</i>)	49
7.3	Atemgasanfeuchtung und Inhalation (<i>A. Franke, S. Henzel</i>)	52
7.4	Sauerstofftherapie (<i>S. Handzhiev, D. Koschel</i>)	55
8	Beatmung	58
8.1	Versorgung außerklinisch beatmeter Patienten (<i>D. Koschel</i>)	58
8.2	Beatmungsgeräte (<i>A. Franke, S. Henzel</i>)	60
8.3	Beatmungsmasken (<i>A. Franke, S. Henzel</i>)	62
8.4	Sprechen unter Beatmung (<i>M. Blome</i>)	66
9	Monitoring (<i>A. Franke, S. Henzel</i>)	70
10	Therapeutische Methoden	72
10.1	Mundpflege (<i>C. Flämig</i>)	72
10.2	Basale Stimulation (<i>C. Flämig</i>)	74
10.3	Physiotherapie (<i>J. Mehrholz</i>)	78
10.4	Ergotherapie (<i>D. Müller</i>)	81
10.5	Logopädie (<i>S. Pustlauk, B. Tesche</i>)	88
11	Erkrankungen und Komplikationen	93
11.1	Fieber (<i>S. Oeser</i>)	93
11.2	Hyperhidrose (<i>C. Flämig</i>)	96
11.3	Hypersalivation (<i>C. Flämig, R. Schlosser</i>)	99
11.4	Hustenmanagement (<i>J. Holfert, D. Koschel</i>)	101

11.5	Luftnot (<i>O. Stiller</i>)	104
11.6	Erbrechen (<i>R. Heilscher</i>)	107
11.7	Durchfall (<i>S. Oeser</i>)	109
11.8	Obstipation (<i>S. Oeser</i>)	112
11.9	Harnwegsinfektionen (<i>A. Toppel, J. Ebermayer</i>)	115
11.10	Schmerzen (<i>A. Boden, M. Blome</i>)	119
11.11	Schlafstörungen (<i>D. Stogowski</i>)	126
11.12	Verwirrtheit und Delir (<i>D. Stogowski</i>)	130
11.13	Anfälle und Myoklonien (<i>M. Pohl</i>)	133
11.14	Spastik (<i>J. Mehrholz</i>)	135
11.15	Wundversorgung und Wunddokumentation (<i>E. Falk</i>)	138
11.16	Hygiene und multiresistente Erreger (<i>M. Pohl</i>)	143
12	Empfehlung aus hausärztlicher Praxis (<i>F. Oehmichen, T. Grau</i>) . . .	148
13	Angehörigenarbeit/Angehörigenbetreuung (<i>E. Falk, C. Flämig</i>) . . .	158
14	Transport des Intensivpflegepatienten (<i>G. Grellmann</i>)	160
15	Patientenwille, Einwilligungsfähigkeit und Stellvertretung (<i>F. Oehmichen</i>)	164
16	Behandlungsentscheidung (<i>F. Oehmichen</i>)	168
17	Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung (<i>F. Oehmichen</i>) . .	172
 Anhang: Checklisten und Formularvorschläge (<i>F. Oehmichen</i>)		
	Checkliste Übernahmeplanung	176
	Checkliste Sozialdaten	179
	Checkliste Medizinische Daten	180
	Checkliste Ernährung – Anamnese	181
	Checkliste Ernährung – Anordnung	182
	Checkliste Ernährung – Versorgung der Sonde	183
	Checkliste Ernährung – Verlaufskontrolle	183
	Checkliste Atemwege – Sauerstoff	184
	Checkliste Atemwege – Inhalation	184
	Checkliste Atemwege – Absaugung	185
	Checkliste Atemwege – Trachealkanüle	185
	Dokumentationsbogen Blutzucker	186
	Dokumentationsbogen Vitalparameter	187
	Einwilligungserklärung – Verlassen der Station	188
	Einwilligungserklärung – Wasseranwendung in einem Bewegungsbad	189
	Meldung eines unklaren/unnatürlichen Todes	190

Autorenverzeichnis

Blome, Martin, Dr. med.

Oberarzt, Facharzt für Anästhesie
Abteilung Neurologie
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
martin.blome@klinik-bavaria.de

Boden, Anke, Dr. med.

Fachärztin für Anästhesie
Praxis für Schmerztherapie und Palliativmedizin
Regionales Schmerzzentrum Ostsachsen DGS
Großmannstraße 5, 01900 Großbröhrsdorf

Ebermayer, Johann, Dr. med.

Chefarzt, Facharzt für Urologie
Abteilung Urologie
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
johann.ebermayer@klinik-bavaria.de

Falk, Elke

Diplompflegewirtin, Geschäftsleitung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
elke.falk@klinik-bavaria.de

Flämig, Claudia

Diplompflegewirtin
Ausbildungsleiterin Krankenpflegeschule
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
claudia.flaemig@klinik-bavaria.de

Franke, Anja

Krankenschwester
Überleitzentrum der Medizintechnikfirma Saegeling
Fachkrankenhaus Coswig
Neucoswiger Straße 21, 01640 Coswig
anja.franke@saegeling-mt.de

Geßner, Daniel

B.Eng. Medizintechnik
Leiter Abteilung Medizintechnik
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
daniel.gessner@klinik-bavaria.de

Grau, Thomas, Dr. med.

Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Praxis
Niederwaldplatz 3, 01277 Dresden

Grellmann, Gert, Dr. med.

Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Abteilung Diagnostik
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
gert.grellmann@klinik-bavaria.de

Handzhiev, Sabin

Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie,
Abt. Pneumologie, Landeskrankenhaus Krems
Mitterweg 10, 3500 Krems an der Donau, Österreich
pneumologie@krem.s.lknoe.at

Heilscher, Robert

Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin
Medizinische Klinik
Oberlausitz Kliniken gGmbH
Krankenhaus Bischofswerda
Kamenzer Straße 55, 01877 Bischofswerda

Henzel, Sabine

Kinderkrankenschwester
Überleitzentrum der Medizintechnikfirma Vital Aire
Fachkrankenhaus Coswig
Neucoswiger Str 21, 01640 Coswig

Holfert, Jan

Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie
und Schlafmedizin
Abt. Innere Medizin & Pneumologie
Fachkrankenhaus Coswig
Neucoswiger Straße 21, 01640 Coswig
holfert@fachkrankenhaus-coswig.de

Kaiser, Philipp

Atmungstherapeut & Krankenpfleger
Abt. Innere Medizin & Pneumologie
Fachkrankenhaus Coswig
Neucoswiger Straße 21, 01640 Coswig

Klyszcz, Simone

Fachwirtin für Sozial- und Gesundheitswesen,
Geschäftsleitung Pflege, Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
simone.klyszcz@klinik-bavaria.de

Koschel, Dirk, PD Dr. med. habil.

Leitender Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin,
Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin
Abt. Innere Medizin & Pneumologie
Fachkrankenhaus Coswig
Neucoswiger Straße 21, 01640 Coswig
dr.koschel@fachkrankenhaus-coswig.de

Mehrholz, Jan, Prof. Dr. rer. medic. habil.
Physiotherapeut und Gesundheitswissenschaftler
Leiter wissenschaftliches Institut
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
jan.mehrholz@klinik-bavaria.de

Mohm, Johannes, Dr. med.
Facharzt für Innere Medizin und Onkologe
Praxis für Innere Medizin, Hämatologie,
Palliativmedizin
Pfotenhauer Straße 55, 01307 Dresden
mohm@onkopraxis-dresden.de

Müller, Doris, MSc.
Ergotherapeutin, F.O.T.T. Senior Instruktorin
APW anerkannte Qualifikation im Affolter-Modell
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
doris.mueller@klinik-bavaria.de

Oehmichen, Frank, Prof. Dr. med.
Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Zentrum für Langzeitbeatmung und Beatmungs-
entwöhnung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
frank.oehmichen@klinik-bavaria.de

Oeser, Steffen, Dr. med.
Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Zentrum für Langzeitbeatmung und Beatmungs-
entwöhnung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
steffen.oeser@klinik-bavaria.de

Pohl, Marcus, Prof. Dr. med. habil.
Chefarzt, Facharzt für Neurologie
Zentrum für Langzeitbeatmung und Beatmungs-
entwöhnung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
marcus.pohl@klinik-bavaria.de

Pommeranz, Tony
Atmungstherapeut & Krankenpfleger
Abt. Innere Medizin & Pneumologie
Fachkrankenhaus Coswig
Neucoswiger Straße 21, 01640 Coswig
pommeranz@fachkrankenhaus-coswig.de

Schlosser, Ralf
Facharzt für Neurologie
Zentrum für Langzeitbeatmung und Beatmungs-
entwöhnung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
ralf.schlosser@klinik-bavaria.de

Schulze, Stephan
Diplomsozialpädagoge
Verwaltungsleiter Helene-Maier-Stiftung
Landgut Theisewitz
Brösgener Straße 2, 01731 Kreische/OT Theisewitz
stephan.schulze@helene-maier-stiftung.de

Singer, Jörg
Geschäftsführer
Pro: med service GmbH
Pfotenhauer Straße 111a, 01307 Dresden
info@promed-service.de

Stiller, Olaf, Dr. med.
Chefarzt, Leiter Pneumologie/Schlaf Labor
Klinik für Innere Medizin II
HELIOS Klinikum Aue
Gartenstraße 6, 08280 Aue
olaf.stiller@helios-kliniken.de

Stogowski, Dariusz
Oberarzt, Facharzt für Neurologie
Zentrum für Langzeitbeatmung und Beatmungs-
entwöhnung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
dariusz.stogowski@klinik-bavaria.de

Sutarski, Susanne, Dr. med.
Chefarztin, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie
HNO-Abteilung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
susanne.sutarski@klinik-bavaria.de

Pustlauk, Simone
Logopädin
Abteilung Logopädie
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
simone.pustlauk@klinik-bavaria.de

Tesche, Bianca
Diplom-Lehrerin
Leiterin der Schule für Logopädie
Klinik Bavaria Kreische
Saidaer Straße 1, 01731 Kreische
bianca.tesche@klinik-bavaria.de

Toppel, Anja
Oberärztin, Fachärztin für Innere Medizin
und Pneumologie
Zentrum für Langzeitbeatmung und Beatmungs-
entwöhnung
Klinik Bavaria Kreische
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreische
anja.toppel@klinik-bavaria.de

1

Überleitungsmanagement

Die Notwendigkeit einer Überleitung ergibt sich für Patienten mit einer Erkrankung, deren Alltag von einer mehr oder weniger schweren Pflegebedürftigkeit geprägt ist. Das bedeutet, dass das Leben dieses Menschen in der Zukunft anders verlaufen wird als vor der Erkrankung. Die Umgebung könnte nicht mehr die gewohnte sein, die Personen, die für ihn sorgen, werden zunächst fremd sein. Dazu kommt, dass er körperliche oder psychische Einschränkungen zu verkraften hat – eine große Herausforderung für den Patienten und die Angehörigen. Es verlangt von allen Beteiligten eine exakte Planung der weiteren Betreuung.

Ziele des Überleitungsmanagements

Das wichtigste Ziel ist die lückenlose qualitativ hochwertige Weiterversorgung des Patienten.

Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Einrichtung dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.

Weitere Ziele

- ☐ Organisation des Wechsels in eine andere Einrichtung oder in den häuslichen Bereich
- ☐ Sicherstellung einer individuellen poststationären Versorgung
- ☐ Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen
- ☐ Vorbereitung von veränderten Versorgungs- und Pflegebedürfnissen

Die Überleitung „beginnt“ mit der Aufnahme im Krankenhaus und setzt sich später in der Rehabilitation durch eine ständig zeitnahe und lückenlose Dokumentation über Verlauf und Entwicklung der Erkrankung und des Patienten selbst fort.

Das Krankenhaus- und/oder das Rehabilitationsteam können Empfehlungen bei der Wahl der betreuenden Einrichtung oder des übernehmenden Pflegedienstes geben. Dem Sozialdienst kommt dabei in beiden Teams eine Schlüsselposition zu.

Aufgaben des Sozialdienstes

- ☐ Terminabsprachen
- ☐ häusliche Situation klären
- ☐ Anträge stellen
 - für Leistungen aus der Pflegeversicherung
 - ggf. Sozialhilfeantrag
 - Schwerbehindertenantrag
- ☐ Hilfsmittlempfehlung an die Krankenkasse senden

Es sind verbindliche Absprachen mit Angehörigen, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zu treffen. Dabei muss feststehen, wer Bevollmächtigter und Betreuer ist. Wichtig ist die Erstellung eines informativen Entlassungsberichtes.

Informationen für Pflegekräfte und Hausärzte allgemein

- ☐ medizinische Diagnosen
- ☐ Verfassung des Patienten bei Entlassung
- ☐ verabreichte Medikamente
- ☐ Fähigkeiten und Einschränkungen innerhalb der ATL
- ☐ benötigte Hilfsmittel

Dies wird in 3-facher Ausführung benötigt

1. für den zuständigen Hausarzt
2. für die weiterführende Einrichtung
3. für die Akte

Spezielle Informationen

Für den ärztlichen Dienst

- ☐ Besonderheiten (z.B. Beatmungspflicht, Überwachungspflicht, Insulinpflicht)
- ☐ Kolonisation (z.B. MRSA)

Für den Pflegedienst

- ☐ Orientierung
- ☐ Stimmungslage
- ☐ Weglauftendenz
- ☐ Mobilität/benötigte Hilfspersonen
- ☐ Wundzustand

Je genauer die Informationen sind, desto perfekter kann die Vorbereitung sein. Dies betrifft z. B.

- ☐ die Personalplanung
- ☐ die Zimmerplanung
- ☐ die therapeutische Planung
- ☐ die Vorhaltung von Medikamenten und Wundversorgungsprodukten
- ☐ die Bereitstellung von Geräten u. ä.

Sollten Sie überleitende Einrichtung sein, erarbeiten Sie sich ein entsprechendes Formular (Muster siehe Anhang).

Es hat sich bewährt, dieses gemeinsam mit den Mitarbeitern zu erstellen, da dies die Akzeptanz erhöht. Bitten Sie die übernehmende Ein-

richtung um ein Feedback zur erstellten Dokumentation und Praktikabilität. Gegebenenfalls optimieren Sie Ihr Formular. Umgekehrt unterstützen Sie mit Ihrer Rückmeldung die zu Ihnen überweisenden Einrichtungen.

Fazit für die Praxis

Wichtig ist ein gemeinsam mit den Mitarbeitern erarbeiteter Überleitungsbogen, der alle relevanten Informationen für die Nachfolgeeinrichtung enthält.

Literatur

- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (www.dnqp.de)
- Lusiardi S (2004) Überleitungsmanagement. Wege zur Umsetzung in der Praxis. Urban & Fischer, München
- Schönhofer B et al (2014) Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie; herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie 68: 19–75

2

Finanzierung

Bei der Organisation und Planung der außerklinischen Pflege und Betreuung von schwer erkrankten Patienten sind bereits im Verlauf der Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung die erforderlichen Schritte zur Beantragung und Bereitstellung der notwendigen Leistungen erforderlich. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt im Besonderen aus Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

In Abhängigkeit der Schwere der Pflegebedürftigkeit und der persönlichen Lebensumstände stehen für die Betreuung intensivpflegebedürftiger Menschen verschiedene Lebensformen offen: Die Pflege zu Hause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste, die Betreuung in Pflegewohngemeinschaften, die Betreuung durch Einzelpflegekräfte und die Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 14 SGB XI)

Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung liegt vor, wenn eine Person durch Krankheit oder Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe bedarf. Dieser Hilfebedarf muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens jedoch für 6 Monate vorliegen.

Voraussetzungen für Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind (§ 33 SGB XI):

- ☐ Antragstellung
- ☐ Erfüllung der Vorversicherungszeit, d. h. der Pflegebedürftige muss innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre Mitglied oder familienversichertes Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sein
- ☐ die Pflegebedürftigkeit muss festgestellt sein

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Hilfebedarf (§ 18 SGB XI) erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(MDK) mittels Begutachtung des Antragstellers. Auf Grundlage des Pflegegutachtens entscheidet die Pflegekasse, in welche Pflegestufe eingestuft wird. Je nach Umfang des Pflegebedarfs werden Pflegestufen unterschieden (siehe Tabelle 1). Der pflegerische Hilfebedarf wird dabei in den Verrichtungen des täglichen Lebens in vier Bereichen bewertet:

- ☐ Körperpflege
- ☐ Ernährung
- ☐ Mobilität
- ☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Die ersten drei Bereiche zählen dabei zur Grundpflege.

Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 44 SGB VII)

Geht die Pflegebedürftigkeit auf einen anerkannten Arbeitsunfall oder eine anerkannte Berufskrankheit zurück, ist der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (i. d. R. Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse) vorrangiger Leistungsträger für die Leistungen der Pflege. Die Feststellung des Pflegebedarfs erfolgt dann durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII)

Hilfe zur Pflege stellt eine nachrangige Leistung (Auffangfunktion) dar, die über den örtlichen oder überörtlichen Träger der Sozialhilfe gewährt werden kann.

Die Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege sind einkommens- und vermögensabhängig. Insbesondere kann Hilfe zur Pflege geleistet werden, wenn

- ☐ Pflegebedürftige nicht pflegeversichert sind (z. B. weil nicht ausreichende Versicherungszeiten vorliegen),
- ☐ die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreichen,
- ☐ der Pflegebedarf nicht erheblich ist und somit keine Pflegestufe zugesprochen werden kann.

Tabelle 1. Pflegestufen.

Pflegestufe	Täglicher Hilfebedarf
Pflegestufe 0 Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf	Pflegebedarf ist unterhalb der Kriterien für die Pflegestufe I (weniger als 45 Minuten Grundpflege/Tag); jedoch liegt erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei bestehender Demenz oder ähnlicher Erkrankung vor, welche Betreuung und Beaufsichtigung erforderlich macht Kriterienkatalog siehe § 45a SGB XI
Pflegestufe I Erheblich pflegebedürftig	90 Minuten, davon mehr als die Hälfte Grundpflege bei mind. 2 Verrichtungen pro Tag, zusätzlich mehrfach wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt
Pflegestufe II Schwer pflegebedürftig	mind. 3 Stunden pro Tag, davon mind. 2 Stunden Grundpflege, mind. dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten, zusätzlich mehrfach wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt
Pflegestufe III Schwerst pflegebedürftig	mind. 5 Stunden rund um die Uhr (auch nachts), davon mind. 4 Stunden Grundpflege, zusätzlich mehrfach wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt
Härtefall (siehe Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (HRI))	mind. 6 Stunden täglich bei der Grundpflege, davon mind. dreimal in der Nacht oder Grundpflege auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erforderlich, zusätzlich ständiger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

Leistungsgewährung als Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen können nicht nur als Sachleistung erbracht werden, sondern nach Bedarfsfeststellung auch als Geldleistung, damit Betroffene oder ihre Betreuer selbstbestimmt die Leistungserbringung planen und durchführen lassen können.

Auch Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind grundsätzlich budgetfähige Leistungen.

Das trägerübergreifende persönliche Budget bietet die Möglichkeit, Leistungen verschiedener Leistungsträger (z.B. Pflegeleistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zusammenzufassen und in einem Budget zu gewähren.

Beratung zum Persönlichen Budget bieten alle Leistungsträger und insbesondere die „Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ an (Suchmöglichkeit für Servicestellen in der Nähe: <http://www.reha-servicestellen.de>).

Betreuung und Pflege zu Hause und in Pflegewohngemeinschaften

Häusliche Pflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung umfasst die pflegerische Versorgung eines Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld. Dabei wird nicht vorausgesetzt, dass die Pflege im eigenen Haushalt des Pflegebedürftigen erfolgen muss.

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 36 ff. SGB XI)

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im ambulanten Bereich können erbracht werden als:

- ☐ Pflegegeld bei Pflege durch Pflegepersonen (Angehörige, Bekannte oder sonstige nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen)
- ☐ Pflegesachleistung bei Pflege durch professionelle Pflegekräfte (ambulante Pflegedienste)
- ☐ Kombination beider Leistungsarten

Die Leistungshöhe ist dabei abhängig von der jeweiligen Pflegestufe (siehe Tabelle 2).

Für die Regelung von Härtefällen bzw. Pflegebedürftigen mit außergewöhnlich hohem Pfl-

Tabelle 2. Leistungshöhe (Stand: 01.01.2015).

Pflegestufe		Pflegegeld (monatlich)	Pflegesachleistung (monatlich)
0	Eingeschränkte Alltagskompetenz	123 Euro	231 Euro
I	Erheblich pflegebedürftig	244 Euro	468 Euro
	Erheblich pflegebedürftig mit eingeschränkter Alltagskompetenz	316 Euro	689 Euro
II	Schwer pflegebedürftig	458 Euro	1144 Euro
	Schwer pflegebedürftig mit eingeschränkter Alltagskompetenz	545 Euro	1298 Euro
III	Schwerst pflegebedürftig	728 Euro	1612 Euro
	Schwerst pflegebedürftig mit eingeschränkter Alltagskompetenz	728 Euro	1612 Euro
III	Härtefall		1995 Euro
	Härtefall mit eingeschränkter Alltagskompetenz		1995 Euro

gebedarf gibt es sog. Härtefallrichtlinien (HRI). Die Härtefallregelung darf bei jeder einzelnen Pflegekasse bei nicht mehr als 3% der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Stufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden (§ 36 Abs. 4 SGB XI).

Behandlungspflege (§ 37 SGB V)

Leistungen der Behandlungspflege umfassen Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, welche an entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte delegiert werden, um Krankheiten zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhindern oder Beschwerden zu lindern. Insbesondere wird Behandlungspflege auch längerfristig gewährt, wenn Krankenhausbehandlung geboten wäre, diese aber durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. Neben den Leistungen der Grundpflege und der Hilfe im Haushalt sind für intensivpflegebedürftige Patienten häufig Leistungen der Behandlungspflege erforderlich.

- ☐ Leistungsträger ist die gesetzliche Krankenversicherung.
- ☐ Leistungen sind z.B. Absaugen; Bedienen und Überwachen eines Beatmungsgerätes, Wundversorgung, Verabreichung von Medikamenten, Stomabehandlung etc.
- ☐ Diese Leistungen bedürfen immer einer ärztlichen Verordnung und müssen von der Krankenkasse genehmigt werden.
- ☐ Die Erstverordnung erfolgt für 14 Tage; Folgeverordnungen sind für längere Zeiträume möglich.

☐ Zuzahlungsregelung:

- für die ersten 28 Tage sind 10% Eigenanteil erforderlich
- anschließend erfolgt für den Rest des Jahres die vollständige Übernahme der Kosten
- zusätzlich fällt die Rezeptgebühr mit 10 Euro je Verordnung an

Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.

- ☐ Anspruch besteht nur bei häuslicher Pflege, stationäre Pflegeeinrichtungen sind zum Vorhalten von Pflegehilfsmitteln verpflichtet.
- ☐ Die Leistungsgewährung erfolgt unabhängig von der Höhe der Pflegestufe, wenn die Pflegebedürftigkeit festgestellt ist und die Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Pflegeversicherung vorliegen.
- ☐ Pflegehilfsmittel werden als Sachleistung über zugelassene Leistungserbringer (Sanitätshäuser, Apotheken) bezogen.
- ☐ Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Inkontinenzmaterial), werden Kosten bis zu 31 Euro monatlich übernommen, in begründeten Fällen mehr.
- ☐ Technische Hilfsmittel (z.B. Pflegebetten, Lagerungshilfen, Mobilitätshilfen, Hausnotrufsysteme) werden vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt; bei Neuanschaffung von Pflegehilfsmitteln können Zuzahlungen erforderlich werden.

- Für Pflegehilfsmittel ist keine ärztliche Verordnung notwendig, erforderlich ist jedoch eine Beantragung für die Kostenübernahme bei der Pflegekasse.

Ein Pflegehilfsmittelverzeichnis ist bei den Pflegekassen und bei Sanitätshäusern und im Internet über den GKV-Spitzenverband (<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>) erhältlich bzw. abrufbar. Über den Anspruch der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus besteht ein Anspruch auf Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind Zuschüsse der Pflegekasse für pflegebedingte Umbaumaßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen, wenn

- die häusliche Pflege so erst ermöglicht wird,
 - die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird,
 - die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person verbessert bzw. die Abhängigkeit von den Pflegenden verringert wird.
- Die Gewährung erfolgt bei Vorliegen einer Pflegestufe, unabhängig davon, welche Pflegestufe zugesprochen wurde.
 - Der MDK spricht bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit Vorschläge zu baulichen Maßnahmen und technischen Hilfsmitteln aus.
 - Der Zuschuss beträgt bis zu 2557 Euro je Maßnahme.
 - Eine Beantragung erfolgt vor Beginn der Wohnumfeldanpassung mittels Kostenvorschlag bei der Pflegekasse.
 - Bei Änderung der Pflegesituation und somit weiteren erforderlichen Maßnahmen kann erneut ein Antrag auf Zuschuss gestellt werden.
 - Zuzahlungsregelung: Der Eigenanteil des Versicherten beträgt 10% der Maßnahmekosten, höchstens jedoch 50% seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen können einen pauschalen Wohngruppenzu-

schlag in Höhe von 200 Euro monatlich für die Organisation der Pflege und Betreuung in der Wohngruppe erhalten.

- Voraussetzung ist das Zusammenleben von mindestens 3 pflegebedürftigen Menschen und das jeweilige Vorliegen einer Pflegestufe.
- Die Leistung ist unabhängig von der Höhe der Pflegestufe.
- Eine freie Wählbarkeit der Leistungserbringer (ambulanter Pflegedienst) muss gewährleistet sein.

Soziale Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI)

Zur sozialen Sicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung die Zahlung von Beiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung.

- Die Beitragshöhe ist abgestuft nach der der zu pflegenden Person zugesprochenen Pflegestufe.
- Leistungsvoraussetzung: Die Pflege erfolgt mindestens 14 Stunden pro Woche in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen und die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich anderweitig erwerbstätig.
- Eine Absicherung besteht zudem in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Pflegezeit für berufstätige Pflegepersonen (Pflegezeitgesetz; § 44a SGB XI)

Der Anspruch auf Pflegezeit soll ermöglichen, dass ein Arbeitnehmer zur Pflege eines nahen pflegebedürftigen Angehörigen vorübergehend von der Arbeit freigestellt wird oder seine wöchentliche Arbeitszeit reduziert.

- Freistellung von der Arbeitsstelle ist bis zu 6 Monate möglich (vorausgesetzt der Betrieb hat mehr als 15 Beschäftigte).
- Die Beanspruchung von Pflegezeit bedarf einer schriftlichen Ankündigung beim Arbeitgeber.
- Es erfolgt keine Weiterzahlung des Gehaltes während der freigestellten Zeit, die Sozialversicherung der Pflegeperson bleibt weiter bestehen.

- Auf Antrag erfolgt die Gewährung von Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung des freigestellten Beschäftigten durch die Pflegekasse.
- Bei akuter bzw. unerwartet eingetretener Pflegesituation können Beschäftigte unabhängig von der Betriebsgröße eine unbezahlte kurzzeitige Freistellung von bis zu 10 Arbeitstagen beanspruchen.

Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz)

Familienpflegezeit bietet Arbeitnehmern die Möglichkeit, für einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren die Pflege eines nahen Angehörigen und die Berufstätigkeit zu vereinbaren.

- Die wöchentliche Arbeitszeit kann in dieser Zeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche herabgesetzt werden.
- 50% des Verdienstausfalls werden durch ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilrechtliche Aufgaben (BAFzA) ausgeglichen; im Anschluss an die Pflegezeit arbeitet der Arbeitnehmer für den gleichen Zeitraum mit dem reduzierten Gehalt weiter und der Arbeitgeber zahlt das Darlehen zurück.
- Der Arbeitnehmer hat gegenüber dem Arbeitgeber keinen Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit.
- Der Arbeitnehmer muss eine Versicherung für den Fall abschließen, dass Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bis zum Ende der Rückzahlphase eintritt.

Die Regelung ist zum 01.01.2012 in Kraft getreten; bisher erfolgte jedoch nur eine sehr geringe Inanspruchnahme.

Hilfen für pflegende Angehörige (§ 45 SGB XI)

Schulungsangebote können durch Wissensvermittlung die Pflege und Betreuung durch Angehörige ermöglichen.

- Die Pflegekassen bieten kostenlose Pflegekurse an.
- Im Einzelfall können Schulungen auch in der Häuslichkeit stattfinden.
- Darüber hinaus gibt es Angebote für spezielle Pflegeseminare, z.B. zur Pflege von Menschen mit Schädelhirnverletzungen über die Hannelore-Kohl-Stiftung.

Betreuung und Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Vollstationäre Pflege meint die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (sog. Pflegeheim). Um vollstationäre Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten, muss stationäre Pflege erforderlich sein (Heimpflegebedürftigkeit). Diese liegt nur dann vor, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommen. Zudem muss die Pflegebedürftigkeit festgestellt sein.

Finanzierung (§ 43 SGB XI)

Die Finanzierung der vollstationären Pflege erfolgt über die gesetzliche Pflegeversicherung und beinhaltet folgende Leistungen:

- die pflegebedingten Aufwendungen
- die Aufwendungen für die soziale Betreuung sowie
- die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege
- die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung und ggf. gesondert berechnete Investitionskosten hat der Versicherte selbst zu tragen
- die Leistungshöhe ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3. Leistungshöhe (Stand: 01.01.2015), gilt bei Personen ohne/mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Pflegestufe	Vollstationäre Pflegeleistungen (monatlich)
I	1064 Euro
II	1330 Euro
III	1612 Euro
III (Härtefall)	1995 Euro

Die Härtefallregelung darf bei jeder einzelnen Pflegekasse bei nicht mehr als 5% der dort versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationär gepflegt werden, Anwendung finden, § 43 Abs. 3 SGB XI.

Auch für Pflegebedürftige im Pflegeheim besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V – allerdings nur für Hilfsmittel, die die Pflegeeinrichtung nicht zur Verfügung stellen muss. Dies sind im Wesent-

lichen individuell angepasste Hilfsmittel oder Hilfsmittel, die ausschließlich von einer pflegebedürftigen Person genutzt werden, sowie Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheims dienen (z.B. Kommunikation oder Mobilität).

Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Dazu zählen:

- ☐ Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, z.B. enterale und parenterale Überleitgeräte, Ernährungssonden, Verbrauchsmaterialien zur Tracheostomieversorgung und -absaugung, Inkontinenzprodukte, Stomaartikel, Verbrauchsmaterialien für Beatmungsgeräte.
- ☐ Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, z.B. Hörhilfen, Sehhilfen, Körperersatzstücke, Ernährungspumpen, Absaug- und Inhalationsgeräte, Beatmungsgeräte, Rollstühle.

Voraussetzung für ihre Bereitstellung ist eine ärztliche Verordnung.

Eine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht auch dann,

- wenn durch die Hilfsmittelversorgung ein Behinderungsausgleich nur noch in eingeschränktem Maße erreicht werden kann und
- unabhängig davon, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist, und somit grundsätzlich auch für pflegebedürftige Personen in vollstationärer Pflege.

Am Beispiel der Rollstuhlversorgung für eine Person in der vollstationären Pflege soll die Anspruchsvoraussetzung für Hilfsmittel nach § 33 SGB V verdeutlicht werden:

Eine ärztliche Verordnung mit detaillierter Begründung ist für die erfolgreiche Genehmigung eines Hilfsmittels erforderlich. Diese sollte Aussagen zu

- ☐ genauer Indikation,
- ☐ therapeutisch-medizinischer Notwendigkeit,
- ☐ detaillierten technischen Angaben zu dem Hilfsmittel und

- ☐ Zweckdienlichkeit des Hilfsmittels enthalten.

Beispielverordnung für einen Rollstuhl

Diagnose:

Art des Hilfsmittels: Kompaktrollstuhl nach individueller Anpassung mit höhenverstellbarer Kopf- und Nackenstütze und Therapietisch

Gründe: tägliche Mobilisation, Lagewechsel, Prophylaxe von Sekundärschäden, Kreislauftraining, Vigilanzförderung, Nutzung außerhalb der Heimsphäre, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, soziale Kontakte

Je nach Bedarf sollten weitere Kriterien aufgeführt werden, um eine entsprechende Begründung zu formulieren.

Zuzahlungsregelungen

- ☐ Bei Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, gilt: 10% der Kosten, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro, aber nicht mehr als die Kosten des Mittels.
- ☐ Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln: 10% der Kosten je Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro monatlich.

Heilmittel (§ 32 SGB V)

Heilmittel sind therapeutische Leistungen, die mit dem Ziel der Krankheitsbekämpfung oder zur Zustandserhaltung erbracht werden.

- ☐ Voraussetzung für die Gewährung ist eine ärztliche Verordnung.
- ☐ Die Verordnung ist nur dann möglich, wenn es sich um Heilmittel im Sinne der Heilmittelrichtlinien handelt, dazu gehören z.B. einzelne Maßnahmen
 - der Krankengymnastik (u. a. Massagen),
 - der Ergotherapie und
 - der Sprachtherapie.
- ☐ Im sog. Heilmittelkatalog werden die jeweiligen Indikationen zu den einzelnen Heilmittelmaßnahmen geregelt sowie auch die nicht verordnungsfähigen Heilmittel im Sinne der Richtlinien benannt.

Zuzahlungsregelungen

- 10% der Kosten für jede Anwendung und 10 Euro pro Verordnung

Zuzahlungsbefreiung und Belastungsgrenzen

Damit Versicherte, insbesondere chronisch Kranke, Behinderte und Personen mit geringem Einkommen, durch die Zuzahlungen nicht finanziell überfordert werden, sind diese während eines Kalenderjahres nur bis zur Höhe einer bestimmten Belastungsgrenze zu leisten.

Belastungsgrenzen (§ 62 SGB V)

- Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit (Ausnahme: Fahrtkosten).
- Ansonsten gilt eine jährliche Belastungsgrenze von 2% des Bruttofamilieneinkommens, bei chronisch Kranken beträgt die Belastungsgrenze 1%.
- Für die Berechnung werden die Bruttoeinkommen und Zuzahlungen aller im Haushalt lebenden Familienangehörigen des Versicherten berücksichtigt (Ehegatte, Lebenspartner, familienversicherte Kinder).
- Die Befreiung erfolgt auf Antrag bei der Krankenkasse unter Vorlage der Zuzahlungsbelege bzw. Quittungen.

Ausblick

Die Bundesregierung sieht für die aktuelle Legislaturperiode eine umfassende Reform der Pflegeversicherung vor. Aktuell laufen Modellprojekte zur Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Vorgesehen ist, zukünftig 5 Pflegegrade zu unterscheiden. Im Besonderen sollen dabei auch die Einschränkungen einbezogen werden, die bei Menschen mit Demenzerkrankungen vorkommen. Ausgehend von den Ergebnissen der Modellprojekte ist dann das Gesetzgebungsverfahren vorgesehen.

Gesetzliche Grundlagen

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
 SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung
 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
 SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung
 SGB XII – Sozialhilfe
 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)
 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

Literatur

AOK (Hrsg) (2005) Häusliche Pflege: Informationen zu Leistungen und Auswahlmöglichkeiten. S. 2 ff
 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2013) Übersicht über das Sozialrecht.
 Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hrsg) (2010) Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen.
 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2014) Pflegeleistungen nach Einführung des Pflegestärkungsgesetz 1.
 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2013) Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.
 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2013) Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung.
 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2012) Pflegen zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege.
 LAG Phase F Sachsen (Hrsg) (2007) Leitfaden der Landesarbeitsgemeinschaft Phase F Sachsen für Angehörige von Menschen im Wachkoma. S. 16 ff
 MDS (Hrsg) (2009) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuchs.

Internetadressen

www.hannelore-kohl-stiftung.de (Hannelore-Kohl-Stiftung)
hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de (Hilfsmittelkatalog)
www.pflege-abc.info (Unabhängiger Wegweiser für Patienten und Angehörige)
www.reha-servicestellen.de (Verzeichnis aller Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation)
www.schaedel-hirnpatienten.de (Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.)
www.shv-forum-gehirn.de (SelbstHilfeVerband – Forum Gehirn e.V.)

3

Delegierung ärztlicher Tätigkeiten

Bei außerklinisch zu betreuenden, schwerkranken Patienten liegen häufig erhebliche Einschränkungen des Gesundheitszustands vor. Die Beurteilung von Zustandsveränderungen des Patienten muss im Wesentlichen anhand der Krankenbeobachtung erfolgen. Im Gegensatz zur Klinik ist häufig nicht umgehend ein Arzt zur Unterstützung und Bewertung verfügbar, sodass von den Pflegenden ein hohes Maß an Selbstständigkeit in der Krankenbeobachtung gefordert wird. Darüber hinaus sind viele Leistungen der Grund-, aber auch der Behandlungspflege zu erbringen. Entscheidungen zum Einsatz einer Bedarfsmedikation müssen getroffen, ggf. auch Notfallmaßnahmen eingeleitet werden. Dabei können sich Abgrenzungsprobleme zu ärztlichen Tätigkeiten und Unsicherheiten bezüglich der Delegierbarkeit ergeben.

Die Übernahme festgelegter ärztlicher Tätigkeiten ist gerade im außerklinischen Bereich aus organisatorischen Gründen unumgänglich. Dazu bedarf es klarer, juristisch belastbarer Regelungen. Hierzu ist es notwendig, zwischen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten zu unterscheiden. Einerseits ist durch den pflegerischen Ausbildungsabschluss die Fähigkeit zur Erbringung bestimmter Tätigkeiten gesichert, andererseits erweitert sich bei Vorhandensein spezieller Fähigkeiten durch die Möglichkeit der Delegierung das Tätigkeitsspektrum der pflegerischen Mitarbeiter. Dabei müssen die unterschiedlichen Ausbildungsabschlüsse der Mitarbeiter in der Pflege berücksichtigt werden. Darüber hinaus fließt das individuelle Gefährdungspotenzial des Patienten in die Delegierungsentscheidung ein. Bei Tätigkeiten, deren Einordnung als „übliche pflegerische Tätigkeit“ oder als „zur Delegation geeignete ärztliche Tätigkeit“ unklar bzw. strittig ist, sollte der Arzt sicherheitshalber von einem Delegierungsbedarf ausgehen und die entsprechenden Voraussetzungen im Einzelfall prüfen. Nicht zur Delegierung geeignete Leistungen muss der Arzt höchstpersönlich erbringen. Hierzu gehören die ärztliche Anamneseerhebung, die Untersuchung

des Patienten, das Stellen der Diagnosen, die Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie die Therapieplanung, die Auswahl und die Dosierung von Medikamenten, die Durchführung von invasiven Eingriffen und Operationen und die Transfusion von Blut und Blutprodukten. Die Aufklärung über ärztliche Maßnahmen ist ebenfalls nicht delegierungsfähig.

Delegationsvoraussetzungen

Die Delegierung ärztlicher Leistungen ist an organisatorische Voraussetzungen geknüpft, deren Umsetzung auch im außerklinischen Bereich erforderlich ist. Diese Vorgaben sind hier aber, im Vergleich zu klinischen Strukturen, schwerer umzusetzen.

Es bedarf

- verbindlicher Vorgaben der delegierbaren Tätigkeiten an klar festgelegte Personen (Auswahlpflicht),
- einheitlicher Schulungskonzepte (Anleitungspflicht),
- regelmäßiger Kontrolle der Ausführung der delegierten ärztlichen Tätigkeiten (Überwachungspflicht).

In § 3 der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband wurde außerdem festgelegt, dass der delegierende Arzt gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter über eine durch schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügen muss.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Delegierung ärztlicher Leistungen.

Die in der Ausbildung von Pflegefachkräften erlernten Tätigkeiten variieren in unterschiedlichen Ausbildungsgängen und in unterschiedlichen Bundesländern. Im Zweifel sollte bei einer nicht eindeutig als pflegerische Tätigkeit klassifizierten Leistung von der Notwendigkeit einer Delegierung ausgegangen werden.