

## Diskussionspapier Behandlungspflege in Einrichtungen/gemeinschaftlichen/besonderen Wohnformen<sup>1</sup> für Menschen mit Behinderung

Stand: 18.11.2019

### 1. Einführung

Menschen mit Behinderung<sup>2</sup> benötigen in hohem und zunehmendem Maße neben sozialen und pädagogischen auch behandlungspflegerische Leistungen.<sup>3</sup>

Dies hat mehrere Gründe:

- a) Menschen mit Behinderung haben ein höheres Risiko zu erkranken.<sup>4</sup>
- b) Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Menschen mit Behinderung steigt erfreulicherweise.<sup>5</sup> Mit zunehmendem Lebensalter besteht aber auch eine höhere

---

<sup>1</sup> Ab dem 01.01.2020 wird die Bezeichnung der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe aufgehoben. Für diese fortbestehende gemeinschaftliche Betreuungsform wird nach § 42 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Satz 3 SGB XII die Bezeichnung der besonderen Wohnform verwendet. In diesem Sinne wird der Begriff im Papier verwendet. In diesem Zusammenhang erfolgt die Abgrenzung zur Erbringung der Behandlungspflege in Werkstätten für behinderte Menschen.

<sup>2</sup> Als Menschen mit Behinderung werden Menschen mit geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung erfasst.

<sup>3</sup> Der Begriff der Behandlungspflege wird hier entsprechend § 2 Abs. 1, 1. Spiegelstrich der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verwendet: „Die häusliche Krankenpflege umfasst 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)“. Dabei adressiert das Papier in Abgrenzung zur Krankenhausvermeidungspflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V, die auf 4 Wochen beschränkt ist, die Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V. Die Gewährung von Behandlungssicherungspflege ist zeitlich nicht begrenzt. Die ambulante psychiatrische Pflege als Sonderform der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V wird nicht erfasst.

<sup>4</sup> Vgl. Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich, Deutsches Ärzteblatt 47/2015; 112 mit weiteren Nachweisen, abzurufen unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/173050/Geistig-oder-mehrfach-behinderte-Erwachsene-Bessere-Versorgung-moeglich>.

<sup>5</sup> Vgl. z.B. die Ergebnisse der Studie „Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter“ der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit der Universität Tübingen und dem Kommunalverband Jugend & Soziales Baden-Württemberg für Menschen mit geistiger Behinderung, Rz. 163, abzurufen unter [https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Muenster/Downloads/Forschung\\_und\\_Entwicklung/Alter\\_erleben/FV\\_Alter\\_erleben\\_-\\_Abschl-Bericht-2013-05-06.pdf](https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Muenster/Downloads/Forschung_und_Entwicklung/Alter_erleben/FV_Alter_erleben_-_Abschl-Bericht-2013-05-06.pdf).

Wahrscheinlichkeit, dass – zusätzlich zu der bestehenden Behinderung – akute oder chronische Krankheiten eintreten.

- c) Die Einführung der DRG-Pauschalen hat bewirkt, dass Krankenhausaufenthalte verkürzt werden und somit auch nach der Entlassung häufig noch ein erheblicher Bedarf an Behandlungspflege besteht.<sup>6</sup> Ähnlich wirkt die zunehmende Verlagerung von medizinischen Eingriffen in den ambulanten Bereich (z.B. ambulante Operationen) oder in den teilstationären Bereich (z.B. Tagesklinik).
- d) In besonderen Wohnformen<sup>7</sup> wohnen vermehrt auch Menschen mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose), mit erworbenen Hirnschädigungen oder Restschädigungen nach Unfällen oder schweren medizinischen Eingriffen. Bei diesem Personenkreis besteht zumindest anfangs, oft aber auf Dauer ein hoher Pflegebedarf. Gleiches gilt für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen, bei denen als Folge der Sucht oder psychischen Erkrankung körperliche Beeinträchtigungen bestehen, die einer pflegerischen Versorgung bedürfen.

Es stellt sich daher die Frage, wie die Durchführung von Behandlungspflege unter größtmöglicher Berücksichtigung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen bewerkstelligt werden kann.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung – damals noch Kontaktgesprächsverbände – hatten zu dieser Thematik bereits im Jahr 2008 eine Leitlinie herausgegeben.<sup>8</sup> Aufgrund der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahr 2015 hat sich die zugrundeliegende Rechtslage aber in wesentlichen Punkten geändert:<sup>9</sup>

Bis zu diesem Zeitpunkt waren Krankenkassen der Auffassung, dass Menschen mit Behinderung in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe im Sinne des § 43 a Sozialgesetzbuch (SGB) XI<sup>10</sup> keinen Anspruch auf die Durchführung von Behandlungspflege auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Anspruch sei bereits durch die in § 43 a SGB XI vorgesehene Leistung der Pflegeversicherung in Höhe von max. 266 € je

---

<sup>6</sup> Vgl. z.B. Sebastian Klinke, Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern Teil II, S.131, abzurufen unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47418/1/535044992.pdf>.

<sup>7</sup> Soweit im Folgenden der Begriff der „besonderen Wohnform“ verwendet wird, handelt es sich dabei um eine Wohnform, die dem §§ 43 a S. 3 i.V.m. 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI unterfällt.

<sup>8</sup> Die Kontaktgesprächsverbände, Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen, 2008.

<sup>9</sup> BSG, Urteil vom 22.04.2015, Az: B 3 KR 16/14 R; BSG, Urteile vom 25.02.2015, Az: B 3 KR 11/14 R, B 3 KR 10/14 R.

<sup>10</sup> Während § 43 a SGB XI den Terminus der „vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen“ verwendet, gibt es diese Begrifflichkeit im Recht der Eingliederungshilfe nicht. Ob eine Wohnform der Eingliederungshilfe eine Einrichtung im Sinne dieser Vorschrift ist, muss im jeweiligen Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Ausgestaltung der Wohnform beurteilt werden. Hierzu werden noch die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 71 Abs. 5 SGB XI erwartet. Soweit im Folgenden der Begriff der „besonderen Wohnform“ verwendet wird, handelt es sich dabei um eine Wohnform, die dem §§ 43 a (S. 3 i.V.m. 71 Abs. 4 Nr. 3) SGB XI unterfällt.

pflegebedürftiger Person/Monat pauschal abgegolten. Somit sei die Einrichtung im Sinne des § 43 a SGB XI zur vollständigen Erbringung der Behandlungspflege verpflichtet, so die Argumentation.<sup>11</sup>

Dieser Rechtsauffassung ist das BSG mit seinen Urteilen aus dem Jahr 2015 entgegengetreten und hat klargestellt, dass auch in Wohnkonstellationen, die dem § 43 a SGB XI unterfallen, ein Anspruch auf Behandlungspflege gegen die Krankenkasse gemäß § 37 Abs. 2 SGB V bestehen könne. Der Umfang des Anspruchs bemesse sich nach den Umständen des Einzelfalls. Umfasst seien in der Regel keine Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe, Verbinden, Auftragen von Salben, Blutdruckmessung). Diese könnten auch von Laien ohne pflegfachliche Ausbildung durchgeführt werden und fielen damit in den Aufgabenbereich des Trägers der Wohnform im Sinne des § 43 a SGB XI. Darüber hinausgehende Behandlungspflege sei dagegen grundsätzlich von den Krankenkassen zu leisten.

Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung werden im Folgenden die auch weiterhin problematischen Fragestellungen der Behandlungspflege in besonderen Wohnformen im Sinne der §§ 43 a S. 3 i.V.m. 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI angesprochen und Lösungsmöglichkeiten vorgestellt. Es handelt sich dabei um Thesen, die den aktuellen Diskussionsstand der Fachverbände für Menschen mit Behinderung wiedergeben. Sie weichen in bestimmten Bereichen von der bisher ergangenen Rechtsprechung sowie von medizinisch/rechtlichen Einschätzungen in der Literatur ab.<sup>12</sup> Insoweit soll das Papier als erste und noch vorläufige Grundlage für eine weiterführende Diskussion mit den beteiligten Leistungsträgern, Leistungserbringern (z.B. Träger von besonderen Wohnformen, Pflegedienste) und Leistungsberechtigten dienen, die hiermit aufgefordert sind, die Vorschläge zu prüfen und sich aktiv an der Diskussion zu beteiligen.

## **2. Behandlungspflege im Kontext von sozialer Teilhabe und Selbstbestimmung**

### **Das Prinzip der Eigenverantwortung**

Menschen tragen als Subjekte die Verantwortung für ihre Gesundheitsvorsorge, also all das, was die Bewältigung von Krankheiten und die Gesundwerdung oder -erhaltung betrifft. Sie sorgen sich selbständig um ihre Körperpflege, setzen die Anweisungen des Arztes nach ihrem Willen um und führen dabei auch Maßnahmen der Behandlungspflege selbst aus. Dies gilt insbesondere für langfristig oder zumindest mittelfristig wiederkehrende Verrichtungen wie das Anlegen von Verbänden, Injektionen von Insulin oder anderen Medikamenten (Thromboseprophylaxe), der intermittierender Katheterismus der Harnblase, die Versorgung eines künstlichen Darmausganges, das Einführen von Klistieren bzw. Darmspülung (Biotrol-

---

<sup>11</sup> Vgl. hierzu bspw. die Argumentation der Krankenkasse im Verfahren vor dem Bayerischen Landessozialgericht, das mit Urteil vom 12.03.2014, Az: L 4 KR 119/12 entschieden wurde.

<sup>12</sup> Vgl. z.B. SG Speyer, Urteil vom 27.07.2005, Az: S 3 P 122/03; LG Waldshut-Tiengen, Urteil vom 23.03.2004, Az: 2 Ns 13 Js 10959/99; Crößmann/Böhme, in Pflege- und Krankenhausrecht 1/2010, S. 2; Papier des MDS und MDK, „Häusliche Krankenpflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 a SGB XI“, Stand 11.02.2016.

Gerät z.B. bei neurogener Darmlähmung bei Spina bifida) oder auch das Anlegen eines Atemgerätes zur Apnoebehandlung oder bei schwerer COPD zur Sauerstoffgabe.

Dazu werden die Personen im Sinne der Befähigung bzw. des Empowerments angeleitet und ggf. trainiert, bis sie dies selbst können. Selbst Kindern und Jugendlichen wird in hohem Maße die Durchführung von Behandlungspflege zugetraut, z.B. bei der Insulininjektion oder beim intermittierenden Blasenkatheterismus, wobei das Ausmaß der Verantwortungsübertragung von den Kompetenzen des Kindes und Jugendlichen abhängt.

Eine solche Selbstbehandlung ist aus mehreren Gründen sinnvoll: Die betroffene Person wird selbständig und vermeidet die dauernde Abhängigkeit von fremden Personen. Meist kann sie die Maßnahmen selbst besonders schonend und zuverlässig durchführen. Auch werden Arztbesuche, Anträge, Terminorganisation sowie Kosten vermieden. Deshalb ist die Anleitung und Schulung zur Selbstbehandlung inzwischen Bestandteil von wissenschaftlichen Leitlinien<sup>13</sup>. Damit vermeidet die betroffene Person auch fremde Eingriffe, Fremdbestimmtheit und Verletzungen der Privatsphäre.

### **Unterstützung durch primäres und sekundäres soziales Netzwerk**

Nicht immer ist eine Selbstdurchführung der Behandlungspflege möglich. Gründe dafür können sein:

- Körperliche Behinderung mit Einschränkungen der Beweglichkeit
- Sinnesbehinderungen
- Eine Körperregion kann nicht selbst in Augenschein genommen werden (z.B. die Rücken- oder Gesäßpartien des Körpers)
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Sozioemotionale Beeinträchtigungen
- Unsicherheit und Ängste: Menschen trauen sich dies nicht zu

In diesen Fällen finden die betroffenen Personen zunächst Hilfe und Unterstützung in dem primären sozialen Netzwerk, d.h. der Familie, den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen. Das ist auch ganz selbstverständlich: Kaum jemand verzichtet im Alltag auf Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge, auch nicht, wenn er alles allein regeln könnte. Hilfe und Unterstützung durch andere Personen ist ein Bestandteil des „normalen“ Lebens.

Handelt es sich dabei um Maßnahmen der Behandlungspflege, werden die Mitglieder des primären sozialen Netzwerkes wie z.B. Familienmitglieder, aber auch solche des sekundären sozialen Netzwerkes wie z.B. ErzieherInnen, LehrerInnen etc., bedarfsgerecht indikationsbezogen geschult, sodass auf die regelmäßige Inanspruchnahme von Pflegefachkräften verzichtet werden kann.

---

<sup>13</sup> Z. B. Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter der AGPD und DDG: [https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte\\_Leitlinien/EBL\\_Kindesalter\\_2010.pdf](https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/EBL_Kindesalter_2010.pdf)  
Leitlinie Typ 1 Diabetes der DGG 2018: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/057-013l\\_S3-Therapie-Typ-1-Diabetes\\_2018-08.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-013l_S3-Therapie-Typ-1-Diabetes_2018-08.pdf)

Dabei hat grundsätzlich jede Person das Recht, die Maßnahmen selbst durchzuführen, die sie sich selbst zutraut oder eine Vertrauensperson, seien es Angehörige oder AssistentInnen, die sie wegen ihrer Behinderung unterstützen, mit der Durchführung der Pflegemaßnahme zu beauftragen.

### **Mehr Selbstbestimmung durch Wahlmöglichkeiten auch in besonderen Wohnformen**

Leben Menschen mit behandlungspflegerischem Bedarf in besonderen Wohnformen im Sinne der §§ 43 a S. 3 i. V. m. 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, stellt sich jedoch die Frage, ob die Träger der besonderen Wohnform dem Wunsch der Leistungsberechtigten, durch eine von ihm gewählte Vertrauensperson gepflegt zu werden, nachkommen können, denn für besondere Wohnformen gelten gewisse gesetzliche Bestimmungen wie z.B. das Heimrecht. Auch erfolgen die Dienstleistungen aufgrund von vertraglichen Vereinbarungen nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz bzw. nach §§ 123 ff. SGB IX. Wählen Leistungsberechtigte eine Fachkraft des Trägers der besonderen Wohnform ohne pflegfachliche Ausbildung muss außerdem – anders als bei der Unterstützung durch eine Privatperson im ambulanten Setting – abgesichert werden, dass die Leistungserbringung unter arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gesichtspunkten zulässig ist, und sie muss vergütet werden.

Insofern ist es mit den geltenden Bestimmungen zwar ohne Weiteres vereinbar, wenn Leistungsberechtigte die Durchführung von ärztlich verordneten komplexen behandlungspflegerischen Maßnahmen<sup>14</sup> durch eine Pflegefachkraft wünschen. Hier kann der Träger der besonderen Wohnform einen Pflegedienst auf Kosten der Krankenkasse beauftragen. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Leistungsberechtigte die Durchführung von Leistungen der komplexen Behandlungspflege durch eine Person ohne pflegfachliche Ausbildung vorziehen.

So kann es insbesondere bei der Langzeitpflege sein, dass ein/e Leistungsberechtigte/r das größte Vertrauen zu seiner/ihrer persönlichen Assistenz oder einer Fachkraft des Trägers der besonderen Wohnform ohne pflegfachliche Ausbildung<sup>15</sup> hat und auch hinsichtlich der komplexen Behandlungspflege von diesem/r versorgt werden möchte.

Auch gibt es Konstellationen, in denen das Teilhabeinteresse das generelle Interesse an der Versorgung durch eine Pflegefachkraft überwiegt. Kann ein/e Leistungsberechtigte/r beispielsweise an einem Ausflug nicht teilnehmen, weil er/sie zu einer bestimmten Uhrzeit in seinem/ihrer Wohnsetting von einem externen Pflegedienst versorgt werden muss, kann es sein, dass er/sie die Versorgung durch eine geschulte Fachkraft der besonderen Wohnform ohne pflegfachliche Ausbildung, die den Ausflug begleitet, vorzieht.

---

<sup>14</sup> Im Folgenden bezieht sich der Begriff der komplexen Behandlungspflege auf alle Verrichtungen, die über die Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege, die das BSG in seinen Urteilen exemplarisch benannt hat, hinausgehen und bei denen eine Delegation an Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung aus Sicht der Fachverbände möglich erscheint. Eine exemplarische Aufzählung findet sich in dem Katalog im Anhang.

<sup>15</sup> Die meisten Fachkräfte in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe haben eine Ausbildung als HeilerziehungspflegerIn, die auch die Pflege von Menschen mit Behinderung beinhaltet. Allerdings werden die HeilerziehungspflegerInnen grundsätzlich nicht als Pflegefachkräfte nach SGB XI anerkannt.

Schließlich kann auch aus einem weiteren Aspekt die Unterstützung durch eine Assistenz aus der besonderen Wohnform gegenüber der Versorgung durch eine Pflegefachkraft vorzuzugswürdiger sein: Nicht selten kennen die Leistungsberechtigten sich selbst bzw. die Befunde und die notwendigen Maßnahmen der Behandlungspflege sehr gut und sind in der Lage, die Fachkräfte der besonderen Wohnform ohne pflegefachliche Ausbildung, bei denen es sich auch oft um ihre Bezugspersonen handelt, anzuleiten. Das erweist sich in der Praxis gegenüber Pflegefachkräften eines externen Pflegedienstes in der Regel als schwierig, weil sie keine Bezugspersonen für die Leistungsberechtigten sind.

In diesen Fällen stellt sich die Frage, ob die Träger der besonderen Wohnformen diesem Wunsch nachkommen dürfen.

Aus Sicht der Fachverbände für Menschen mit Behinderung muss dies möglich sein, denn nur so kann auch Menschen in besonderen Wohnformen das größtmögliche Maß an Teilhabe und Selbstbestimmung gewährt werden. Natürlich ist der Träger der besonderen Wohnform im Rahmen seiner Verträge mit dem Träger der Eingliederungshilfe gemäß §§ 123 ff. SGB IX verpflichtet, die Leistungen in der Qualität zu erbringen, die dem anerkannten wissenschaftlichen Stand entspricht. Insofern dürfen Leistungen der komplexen Behandlungspflege nach Auffassung der Fachverbände nur dann erbracht werden, wenn bestimmte fachliche und organisatorische Voraussetzungen erfüllt sind. Welche dies sein sollten, wird in Kapitel 3 dargestellt.

### **3. Organisation der Behandlungspflege**

Wie zuvor in Kapitel 2 beschrieben, gibt es Fälle, in denen Menschen mit Behinderung ein begründetes Interesse daran haben, Behandlungspflege durch geeignete, angelernte Fachkräfte der besonderen Wohnform ohne pflegefachliche Ausbildung zu erhalten. Im Folgenden wird dargestellt, unter welchen Voraussetzungen der Träger der besonderen Wohnform nach Auffassung der Fachverbände dem Wunsch des Leistungsberechtigten nachkommen und gleichzeitig seiner Organisationsverantwortung<sup>16</sup> gerecht werden kann.

Die wenigen bereits ergangenen Urteile stellen recht hohe Anforderungen an die Delegation behandlungspflegerischer Leistungen. So stellte das Sozialgericht Speyer im Falle einer Pflegeeinrichtung klar, dass die Delegation des Verbandswechsels bei einer PEG-Sonde und einem suprapubischem Dauerkatheter nur an „geeignete“ Personen erfolgen darf. Die Eignung hänge dabei nicht nur von dem tatsächlichen Können und Wissen (materielle Qualifikation) der MitarbeiterInnen, sondern auch von ihrer Ausbildung als Pflegefachkraft (formelle Qualifikation) ab. Der in dem Verfahren in Streit stehende Bescheid, der den Träger

---

<sup>16</sup> Auch juristische Personen, z.B. Träger von besonderen Wohnformen, haften. Wird die Behandlungspflege von ihren MitarbeiterInnen durchgeführt, so obliegt ihnen die Verantwortung dafür, dass geeignete MitarbeiterInnen für die Aufgabe ausgewählt werden und die ordnungsgemäße Ausführung überwacht wird. Tun sie dies nicht, besteht ein Schadensersatzanspruch gemäß § 831 oder direkt aus § 823 in Verbindung mit § 31 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung einer Pflicht aus dem Wohn- und Betreuungsvertrag durch MitarbeiterInnen bzw. ein Organ (z.B. GeschäftsführerIn) wird dem Träger über § 31 BGB zugerechnet und begründet ebenfalls gemäß § 280 BGB einen Schadensersatzanspruch. Daneben kommt in Extremfällen eine Strafbarkeit der handelnden Personen in Betracht.

einer Pflegeeinrichtung verpflichtete, Maßnahmen der Behandlungspflege ausschließlich von Kräften mit entsprechender Qualifikation als Kranken- oder AltenpflegerIn durchführen zu lassen, sei folglich rechtmäßig, so das Gericht.<sup>17</sup> Dabei hob es allerdings auch darauf ab, dass BewohnerInnen eines Pflegeheimes erwarten könnten, dass geeignetes Pflegefachpersonal zur Verfügung stehe. Insofern wurde die Eignung des Personals im Hinblick auf die vertraglich geschuldeten Leistungen definiert. Inwieweit diese Auffassung auch für besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe gilt, bei denen die soziale Teilhabe im Vordergrund steht und eine möglichst „normale“ Lebensführung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft angestrebt werden, bleibt offen.

Eine ähnliche Ansicht wie das Sozialgericht Speyer vertrat das Landgericht Waldshut-Tiengen, das die subkutane Injektion durch lediglich angelerntes Personal in einer Pflegeeinrichtung für unzulässig hielt. Problematisch war dabei aber insbesondere, dass die Durchführung der Maßnahme durch einen Mitarbeiter ohne pflegfachliche Ausbildung nicht von der konkreten Einwilligung der Pflegebedürftigen gedeckt war.<sup>18</sup> Hätte eine spezifizierte Einwilligung vorgelegen, wäre das strafrechtliche Verfahren gegen den Leiter des Seniorenheims und den Mitarbeiter möglicherweise abgewendet worden. Eine Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass Menschen mit Typ I oder Typ II Diabetes sich (nach Anleitung) in der Regel die Injektionen selbst geben, erfolgte in den Urteilsgründen nicht.

Im Schrifttum wird dagegen durchaus vertreten, dass die Delegation von behandlungspflegerischen Maßnahmen beim Vorliegen eines entsprechenden Organisations- und Einarbeitungskonzeptes auch an MitarbeiterInnen ohne pflegfachliche Ausbildung möglich ist.<sup>19</sup>

### **Kein Fachkraftvorbehalt für Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege**

Seit den Urteilen des BSG vom 25.02.2015 und 22.04.2015<sup>20</sup> muss jedenfalls davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen der sogenannten einfachsten Behandlungspflege nach kurzer Einweisung von MitarbeiterInnen ohne pflegfachliche Ausbildung – also ohne formelle Qualifikation – erbracht werden können und müssen.

Als Beispiele führte das Gericht das Blutzuckermessen, die Blutdruckmessung, das Anziehen von Thrombosestrümpfen, das An- und Ablegen einfach zu handhabender Stützverbände, das Einreiben mit Salben (soweit es sich nicht um schwierige

---

<sup>17</sup> SG Speyer, Urteil vom 27.07.2005, Az: S 3 P 122/03.

<sup>18</sup> LG Waldshut-Tiengen, Urteil vom 23.03.2004, Az: 2 Ns 13 Js 10959/99.

<sup>19</sup> Marco die Bella, Delegation der Behandlungspflege, S. 54, Claudia Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen: rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 52.

<sup>20</sup> BSG, Urteil vom 22.04.2015, Az: B 3 KR 16/14 R; BSG, Urteile vom 25.02.2015, Az: B 3 KR 11/14 R, B 3 KR 10/14 R.

Wundversorgung handelt), die Medikamentengabe<sup>21</sup> sowie das Verabreichen von Bädern an.<sup>22</sup>

### **Fachkraftvorbehalt für Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege?**

Darüber hinausgehend vertreten die Fachverbände für Menschen mit Behinderung die Auffassung, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege, also beispielsweise die subkutane Insulininjektion, im Einzelfall von Fachkräften<sup>23</sup> ohne pflegfachliche Ausbildung durchgeführt werden können.

Das dogmatische Abstellen auf eine formelle Qualifikation verkennt, dass der Berufsabschluss den Erwerb bestimmter Kenntnisse und insbesondere praktischer Fähigkeiten während der Ausbildung nicht unbedingt garantiert.

Aufgrund der Inhomogenität der Ausbildungsrahmenpläne ist ein Rückschluss auf die konkret erworbenen Fähigkeiten im Einzelfall nicht unbedingt möglich.<sup>24</sup> Je nachdem, wie lange der Abschluss her ist und wie häufig die in Frage stehende Tätigkeit im bisherigen Berufsleben durchgeführt wurde, sind das erworbene Wissen und die Fertigkeiten eventuell nicht mehr tatsächlich abrufbar oder entsprechen nicht mehr den aktuellen Standards. Die formelle Qualifikation kann somit nicht immer eine gute Qualität der Pflege garantieren. Umgekehrt ist bei einem Fehlen der formellen Qualifikation nicht per se von einer schlechten Qualität auszugehen.

Allerdings ist das Vorliegen einer formellen Qualifikation in jedem Fall ein Indiz für eine gute Pflegequalität. Insofern ist eine Delegation von komplexen Maßnahmen der Behandlungspflege auf Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung natürlich nicht ohne Weiteres möglich. Vielmehr sollte eine Delegation nach Auffassung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung nur unter den folgenden Voraussetzungen erfolgen.

### **Voraussetzungen für die Delegation von komplexer Behandlungspflege**

- Die Maßnahme ist ärztlich verordnet.
- Es handelt sich um eine Maßnahme der Langzeitpflege. Es sind regelmäßig wiederkehrende immer gleiche Verrichtungen bei der gleichen Person durch die gleiche Fachkraft ohne pflegfachliche Ausbildung, die im Behandlungspflegeplan benannt ist, durchzuführen.

---

<sup>21</sup> Die Medikamentengabe kann nach Auffassung der Fachverbände für Behinderung allerdings auch eine Maßnahme der komplexen Behandlungspflege sein, etwa im Falle der variablen, ggf. befundabhängigen Polymedikation, bei der die Gefahr von Neben- und Wechselwirkungen steigt.

<sup>22</sup> BSG, Urteil vom 25.02.2015, Az: B 3 KR 11/14 R, Rn. 28.

<sup>23</sup> Die meisten Fachkräfte in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe haben eine Ausbildung als HeilerziehungspflegerIn oder ErzieherIn. Zwar beinhaltet die Ausbildung als HeilerziehungspflegerIn auch die Pflege von Menschen mit Behinderung. Allerdings werden die HeilerziehungspflegerInnen grundsätzlich nicht als Pflegefachkräfte nach SGB XI anerkannt.

<sup>24</sup> So Claudia Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen: rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 52, so wohl auch Marco die Bella, Delegation der Behandlungspflege, S. 50 f.



- Das Interesse der pflegebedürftigen Person an der sozialen Teilhabe überwiegt das Interesse an der Durchführung der Pflegeverrichtung durch eine Pflegefachkraft weit.
- Grundlage der Ausführung ist ein individueller Behandlungspflegeplan. Dieser wird aufgrund der ärztlichen Anordnungen von einer Pflegefachkraft erstellt und von der beratenden Pflegefachkraft<sup>25</sup>, den pflegebedürftigen Personen oder ihren rechtlichen BetreuerInnen, dem/der behandelnden ÄrztIn sowie der Teamleitung unterschrieben. Er steht den die Pflege durchführenden Fachkräften ohne pflegefachliche Ausbildung bei den jeweiligen Verrichtungen zur Verfügung.
- Die fachgerechte Pflege wird von einer beratenden Pflegefachkraft sichergestellt. Sie wirkt bei der Erstellung des Behandlungspflegeplans mit, weist die Fachkräfte ohne pflegefachliche Ausbildung ein, kontrolliert die Durchführung des Behandlungspflegeplans stichprobenartig, berät die durchführenden Fachkräfte ohne pflegefachliche Ausbildung bei Rückfragen und führt regelmäßig Schulungen durch. Es muss sich bei der beratenden Pflegefachkraft nicht notwendigerweise um MitarbeiterInnen des Trägers der besonderen Wohnform handeln. Bedient sich der Träger einer externen beratenden Pflegefachkraft, muss aber über eine vertragliche Vereinbarung mit dieser sichergestellt werden, dass sie bei Bedarf jederzeit zur Verfügung steht.<sup>26</sup>
- Die Fachkräfte ohne pflegefachliche Ausbildung, die Maßnahmen der Behandlungspflege durchführen, erhalten eine allgemeine und regelmäßige Grundschulung nach einem festen Curriculum, das z.B. Grundfragen der Hygiene, Notfall- und andere Maßnahmen umfasst.
- Die beratenden Pflegefachkräfte haben gegenüber den Fachkräften ohne pflegefachliche Ausbildung und den Teamleitungen im Hinblick auf die Behandlungspflege ein Weisungsrecht. Im Zweifels- oder Streitfall trifft die Entscheidung der/die behandelnde ÄrztIn.
- Die Maßnahmen werden dokumentiert. Die Dokumentation steht den pflegebedürftigen Personen und ihren rechtlichen BetreuerInnen sowie den pflegenden Fachkräften ohne pflegefachliche Ausbildung jederzeit zur Verfügung.
- Die pflegebedürftigen Personen haben nach vorheriger Aufklärung über mögliche Komplikationen ausdrücklich und schriftlich in die Durchführung der konkret benannten pflegerischen Maßnahme durch eine namentlich benannte und geschulte Fachkraft ohne pflegefachliche Ausbildung eingewilligt.
- Die jeweils ausgewählte Fachkraft ohne pflegefachliche Ausbildung befindet sich in einem festen Anstellungsverhältnis.

Die vorhergehenden Ausführungen beschreiben Strukturen und Prozesse, mit denen eine gute Pflegequalität gesichert werden kann. Bei der Aufstellung wurden bereits derzeit

---

<sup>25</sup> Zur Sicherung der Pflegequalität durch eine beratende Pflegefachkraft siehe bereits die Ausführungen der Kontaktgesprächsverbände in Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen 2008, S. 20 f. Die beratende Pflegefachkraft wird auch als leitende Pflegefachkraft bezeichnet.

<sup>26</sup> So auch Crößmann/Böhme in Pflege- und Krankenhausrecht 1/10, S.2 ff.

geltende ordnungsrechtliche Vorgaben für besondere Wohnformen berücksichtigt.<sup>27</sup> Eine abschließende Bewertung der Zulässigkeit der Delegation pflegerischer Tätigkeiten kann aber nur für den jeweiligen Einzelfall erfolgen. Dies gilt umso mehr, als bei dieser Frage neben dem Aspekt der Qualitätssicherung auch arbeitsrechtliche Vorgaben berücksichtigt werden müssen. Zwar können ArbeitgeberInnen im Rahmen des Weisungsrechts grundsätzlich die Arbeitsleistung der ArbeitnehmerInnen nach billigem Ermessen näher bestimmen, ihnen also auch die Durchführung von Behandlungspflege übertragen. Diesem Weisungsrecht sind jedoch sowohl durch die arbeitsvertraglichen Vereinbarungen als auch durch Betriebs- oder Tarifvereinbarungen Grenzen gesetzt (vgl. § 106 Gewerbeordnung). Es kann folglich nur durch Auslegung der für das jeweilige Arbeitsverhältnis geltenden Vorgaben im Einzelfall entschieden werden, ob eine Übertragung der Behandlungspflege an die jeweiligen Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung möglich ist.

### **Kernbereich der Behandlungspflege setzt pflegfachliche Ausbildung voraus**

Von den Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege, die nach Auffassung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung unter bestimmten Voraussetzungen an Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung delegiert werden können, sind die nicht delegierbaren Leistungen – also beispielsweise intravenöse Injektionen oder Infusionen – abzugrenzen. Diese dürfen nur unter ärztlicher Aufsicht von Pflegefachkräften erbracht werden, weil ihre Durchführung erhebliche medizinische Fachkenntnisse erfordert und eine hohe Verletzungs- bzw. Infektionsgefahr besteht. Eine Delegation an Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung scheidet hier aus. Der im Anhang befindliche Katalog „Nicht delegierbare Maßnahmen der Behandlungspflege“ zählt diese Maßnahmen exemplarisch auf.

### **Organisation der Durchführung entscheidet nicht über Kostentragung**

Die Frage, wer im Fall einer Delegation der Behandlungspflege an Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung die Kosten der Maßnahme trägt, wird in Kapitel 4 behandelt. Die grundsätzliche Möglichkeit des Trägers der besonderen Wohnform, mit viel organisatorischem Aufwand eine Maßnahme der komplexen Behandlungspflege an geschulte Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung zu übertragen, um dem Teilhabeinteresse der Leistungsberechtigten bestmöglich zu entsprechen, entbindet die Krankenkasse nach Auffassung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung nicht von ihrer grundsätzlichen Zuständigkeit zur Kostentragung gemäß § 37 SGB V.

Schließlich bleibt es den Leistungsberechtigten und den Trägern von besonderen Wohnformen natürlich unbenommen, die komplexe Behandlungspflege durch einen Pflegedienst durchführen zu lassen. Die aufgezeigte Option, Maßnahmen an Fachkräfte

---

<sup>27</sup> In Rheinland-Pfalz müssen gemäß § 12 der Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTGDVO) Einrichtungen für pflegebedürftige volljährige Menschen, auf die das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) Anwendung findet, über eine verantwortliche Pflegefachkraft verfügen. Diese kann gegebenenfalls auch mehrere Einrichtungen betreuen. Die Regelung wird so verstanden, dass diese Vorgabe auch für besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 43 a SGB XI gilt.

ohne pflegfachliche Ausbildung zu delegieren, soll den Handlungsspielraum der Leistungsberechtigten als auch der Träger bei der Organisation der Behandlungspflege erweitern und nicht beschränken.

#### **4. Finanzierung**

Die medizinische Behandlungspflege sichert das Ziel ärztlicher Behandlung von Krankheiten und dient damit grundsätzlich der Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes eines Menschen (vgl. § 37 Abs. 2 SGB V)<sup>28</sup>. Die Finanzierung dieser Leistungen zählt daher grundsätzlich zu den Aufgaben der Krankenversicherung. Allerdings erfolgte bisher sozialpolitisch häufig eine andere Zuordnung der Finanzierungsverantwortung der Behandlungspflege. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege wurden in besonderen Wohnformen, ehemals stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, pauschal aus den Mitteln der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe bzw. der Pflegeversicherung finanziert. Die pauschalierten Vergütungen nach §§ 75, 76 SGB XII bzw. § 43 a SGB XI standen in keiner Relation zu den tatsächlichen Aufwendungen in den besonderen Wohnformen.

#### **Differenzierung der Kostentragung durch Rechtsprechung des BSG**

Mit der neuesten Rechtsprechung des BSG von 2015 erfolgte die Veränderung der Finanzierungsverantwortung<sup>29</sup>. Behandlungspflege kann im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V nunmehr auch in besonderen Wohnformen, ehemals stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, durch einen von der Krankenkasse beauftragten und finanzierten Pflegedienst erbracht werden. Zum anderen kann die Durchführung von Maßnahmen der Behandlungspflege zum Leistungsspektrum des Leistungsangebotes der Eingliederungshilfe gehören. Eine Zuständigkeit des Trägers der besonderen Wohnform besteht dabei in der Regel für die Durchführung der einfachsten Behandlungspflege. Die Kostentragung für komplexe Behandlungspflege gehört demgegenüber grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Die Differenzierung zwischen den einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege und komplexen Maßnahmen der Behandlungspflege führte zur Aufspaltung der Finanzierung und gleichzeitig zur Frage, welche Maßnahmen durch die Pauschale in Höhe von höchstens 266 € nach § 43 a SGB XI abgegolten werden.

#### **BSG-Rechtsprechung wird in Landesrahmenverträgen nachvollzogen**

Auf dieser Grundlage beschränken sich die meisten Landesrahmenverträge in der Eingliederungshilfe und demzufolge die Leistungsvereinbarungen auf die Erbringung von

---

<sup>28</sup> Dies ist für Menschen mit Behinderung oft von besonderer Bedeutung, da sie insbesondere bei Vorliegen von Verhaltensauffälligkeiten, fehlender aktiver Sprache, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen (Angst, Zwänge etc.) sowie bei schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus nur unter erheblich erschwerten Bedingungen behandelt werden können und ein Krankenhausaufenthalt für diese Personengruppe oft traumatisierend wirkt.

<sup>29</sup> BSG, Urteil vom 22.04.2015, Az: B 3 KR 16/14 R; BSG, Urteile vom 25.02.2015, Az: B 3 KR 11/14 R, B3 KR 10/14 R.

Leistungen der einfachsten Behandlungspflege, für die es keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und die daher regelmäßig von dem in der besonderen Wohnform beschäftigten Personal ausgeführt werden können. Ab dem 01.01.2020 werden neue Landesrahmenverträge und neue Leistungsvereinbarungen bzw. Übergangsregelungen in Kraft treten, die ebenfalls überwiegend auf die Erbringung von einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege begrenzt sind. Träger von besonderen Wohnformen sind demnach grundsätzlich nur dazu verpflichtet, Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege durchzuführen und bekommen auch nur diese Maßnahmen vom Träger der Eingliederungshilfe finanziert.

### **Voraussetzungen der Finanzierung durch die Krankenkasse**

Die Kostenübernahme für die Durchführung der komplexen Behandlungspflege obliegt demgegenüber regelmäßig der Krankenkasse. Voraussetzung der Kostenübernahme ist, dass der Leistungserbringer als zugelassener Pflegedienst nach SGB V/SGB XI die Leistungen abrechnen kann und sonstige Bedingungen des Leistungserbringungsrechts nach SGB V erfüllt. Diese Voraussetzungen erfüllen die meisten Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe nicht, mit der Folge, dass sie die erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen nicht gegenüber der Krankenkasse abrechnen dürfen. Zwar können die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe als Pflegedienste nach SGB XI zugelassen werden, wenn sie die Voraussetzungen nach SGB V/SGB XI erfüllen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der personellen Ausstattung und des Fachkräftemangels ist das aber häufig nicht ohne Weiteres möglich und in der Regel nicht im Interesse des Trägers der besonderen Wohnformen, da die Behandlungspflege grundsätzlich eine Aufgabe der Krankenversicherung ist. Die Behandlungspflege wird daher in der Regel durch ambulante Pflegedienste erbracht, die Versorgungsverträge nach § 132a SGB V mit den jeweiligen Krankenkassen abgeschlossen haben.

Wie in Kapitel 2 dargestellt, ist es für Menschen mit Behinderung teilweise aber wichtig, dass sie zwischen der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst und der Versorgung durch Fachkräfte des Trägers der besonderen Wohnform, die zumeist nicht über eine pflegfachliche Ausbildung verfügen, wählen können. Die Versorgung durch bekannte und vertraute Fachkräfte in der besonderen Wohnform hat für sie den Vorteil, dass Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Kontext mit den Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden, so dass die Koordination und Organisation der Maßnahmen zugunsten der Leistungsberechtigten zwecks Erreichung von Teilhabezielen erfolgt. Zudem würde bei einer einheitlichen Leistungserbringung für die Krankenversicherung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach §§ 12 i.V.m. 2 Abs. 4 SGB V der Vorteil entstehen, dass die Einschaltung von externen Pflegediensten nicht in allen Fällen erforderlich ist und deshalb die Kosten für die Wegezeiten der Pflegedienste entfallen.

Für die Finanzierung der komplexen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung im Falle einer Delegation an Fachkräfte des Trägers der besonderen Wohnform ohne pflegfachliche Ausbildung braucht es daher eine Lösung im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts der Menschen mit Behinderung, denen in ihrer eigenen Häuslichkeit – also in der besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe – die Wahlmöglichkeit, wer ihre Behandlungspflege übernehmen soll, nicht genommen werden darf.

## **Finanzierung der Behandlungspflege durch AssistentInnen mit Persönlichem Budget**

Als Lösung stellen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung insoweit zur Diskussion, dass der Leistungsberechtigte sich gegenüber der Krankenkasse für eine Leistungsgewährung in Form des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX entscheidet.<sup>30</sup> Die Leistungen der Krankenversicherung können nach § 2 Abs. 2 S. 2 SGB V auf Antrag auch als Persönliches Budget erbracht werden. Mit dem Persönlichen Budget könnten Leistungsberechtigte die Durchführung von komplexen behandlungspflegerischen Maßnahmen durch die von ihnen gewählten Fachkräfte der besonderen Wohnform ohne pflegfachliche Ausbildung einkaufen. Insoweit muss im Einzelfall natürlich eine Doppelfinanzierung der MitarbeiterInnen ausgeschlossen werden. Kommt zu den eigentlichen Aufgaben der MitarbeiterInnen, die bereits durch die Eingliederungshilfe bezahlt werden, noch die Durchführung von komplexer Behandlungspflege, die über die Krankenkasse finanziert wird, hinzu, muss sich dies beispielsweise in einer entsprechenden Erhöhung der Arbeitszeit niederschlagen.

### **Leistungserbringungsrecht des SGB V findet keine Anwendung**

Die Fassung des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX als „Leistungsform“ unterstreicht, dass es sich um eine Alternative zur Sachleistung handelt, so dass bei dieser Art der Inanspruchnahme das Leistungserbringungsrecht des SGB V keine Anwendung findet<sup>31</sup> und die Leistungserbringung nicht durch anerkannte Pflegedienste bzw. durch Pflegefachkräfte erfolgen muss. Dürfte der/die Leistungsberechtigte auch bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets nur Leistungserbringer der Krankenkasse beauftragen, würde der Zweck dieser Leistungsform nach Auffassung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung verfehlt. Das Persönliche Budget dient dazu, das Selbstbestimmungsrecht der Leistungsberechtigten zu erweitern (vgl. § 29 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Sie sollen selbst entscheiden können, welche Hilfen sie von welchem Leistungserbringer in Anspruch nehmen, ggf. können sie auch selbst Personen beschäftigen, welche ihnen die notwendigen Leistungen erbringen („Arbeitgebermodell“).<sup>32</sup> Bestünde eine Beschränkung auf vertraglich gebundene Leistungserbringer der Krankenkasse, würde die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets aber gerade nicht zu einer Erweiterung ihres Entscheidungsspielraums und somit zu einer Stärkung ihres Selbstbestimmungsrechts führen. Das Persönliche Budget würde konterkariert.

---

<sup>30</sup> Das persönliche Budget kann nicht nur für Leistungen der Teilhabe beansprucht werden, sondern auch für Leistungen der Krankenkassen, sofern es sich um alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe handelt, vgl. § 2 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 29 Abs. 1 S. 5 SGB IX. Dies ist bei der häuslichen Krankenpflege der Fall, vgl. die Kommentierung in Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage, § 2 Rn. 14.

<sup>31</sup> Erfolgt die Anspruchsgewährung über ein Persönliches Budget können beispielsweise stationäre Rehabilitationsleistungen, auch von Einrichtungen erbracht werden, die nicht nach § 37 Abs. 3 SGB IX zertifiziert sind oder einen Vertrag nach § 111 abgeschlossen haben, vgl. Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage § 40 Rn. 18. Das Leistungserbringungsrecht des SGB V findet insoweit keine Anwendung.

<sup>32</sup> Vgl. O'Sullivan in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 29 SGB IX, Rn. 20.

## **Persönliches Budget für Behandlungspflege kann als Geldleistung gewährt werden**

Hinsichtlich der Form des Persönlichen Budgets regelt § 29 Abs. 2 S. 1 SGB IX, dass es sich hierbei um eine Geldleistung handelt. Im Gegensatz zu Leistungen der Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 29 Abs. 2 SGB IX a.E. i.V.m. § 35 a SGB XI das Persönliche Budget grundsätzlich nur in Form von Gutscheinen gewährt wird, gibt es in Bezug auf die von der Krankenversicherung zu leistende Behandlungspflege keine Einschränkungen. Der/die Leistungsberechtigte kann daher im Rahmen des Persönlichen Budgets einen Geldbetrag von der Krankenkasse erhalten, mit dem er/sie die Durchführung der komplexen Behandlungspflege durch eine von ihm/ihr gewählten Fachkraft der besonderen Wohnform ohne pflegfachliche Ausbildung finanziert. Der finanzielle Rahmen des Persönlichen Budgets ist dabei so zu bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Die Kosten des Persönlichen Budgets sind gem. § 29 Abs. 2 Satz 7 SGB IX „gedeckelt“. Sie dürfen in ihrer Summe die Kosten für bisher zu erbringende Leistungen nicht überschreiten.

## **In der Zielvereinbarung sind die Qualitätsvorgaben zu bestimmen**

Über die Verwendung der Leistungen schließen der Leistungsträger und der Leistungsberechtigte eine Zielvereinbarung. Der Inhalt ist mit den anderen Leistungsträgern abzustimmen. Die Zielvereinbarung soll neben Regelungen zur Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele und zur Höhe der Teil- und des Gesamtbudgets auch Ausführungen zur Qualitätssicherung enthalten (vgl. § 29 Abs. 4 SGB IX). Insofern empfehlen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, dass eine Delegation von Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege an Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung nur unter Einhaltung der in Kapitel 3 genannten Voraussetzungen erfolgt und diese Anforderungen in der Zielvereinbarung niedergelegt werden.

## **Einbeziehung des Leistungserbringers**

Der Träger der besonderen Wohnform als avisierter Leistungserbringer sollte bei dem Abschluss der Zielvereinbarung mit einbezogen werden, denn die Zielvereinbarung ist die Grundlage für die vertragliche Vereinbarung zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Träger der besonderen Wohnform. Insoweit ist der Wohn- und Betreuungsvertrag entsprechend zu ergänzen. Die vereinbarten Ziele des Persönlichen Budgets müssen vom Träger der besonderen Wohnform beachtet und die vereinbarte Qualität muss sichergestellt werden.

## **Festlegung der Finanzierungsverantwortung im Rahmen des Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahrens**

Nach Auffassung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung ist der Teilhabe- bzw. Gesamtplan das verbindliche Regelungsinstrument für die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes bzw. des Selbstbestimmungsrechtes der Leistungsberechtigten. Die aufgeworfenen Fragen, wer die Behandlungspflege im Einzelfall durchführen soll und welcher Leistungsträger die Kosten übernimmt, sind somit im Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren (§§ 19 ff. und 117 ff. SGB IX) zu klären bzw. zu beantworten.

Zunächst ist hier der individuelle Bedarf umfassend zu ermitteln (§§ 13, 118 SGB IX). Die Bedarfsermittlung umfasst dabei nicht nur Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe, sondern den gesamten Bedarf. Insofern müssen im Rahmen der Bedarfsermittlung Leistungen zur Teilhabe von anderen gesundheitsbezogenen Leistungen ggf. abgegrenzt werden. Dabei kann die Pflege auch deshalb nicht ausgespart werden, weil das Recht zur Selbstdurchführung bzw. zur Selbstorganisation der Pflege mit entsprechendem Anspruch auf Assistenzleistungen nicht ausgesetzt werden kann. Ausdrücklich werden z.B. die Pflegekassen nach § 22 Abs. 2 SGB IX zur Teilnahme an der Bedarfsermittlung verpflichtet, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit i.S.d. SGB XI bestehen. Mit Blick auf den Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen, die durch einen Vertragsarzt zu verordnen sind und in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, kommt statt der Beteiligung der Pflegeversicherung die Beteiligung der Krankenversicherung als zuständigem Leistungsträger in Betracht.

Als systematische Hürde ist hier der Umstand zu bewerten, dass die Krankenkasse als Leistungsträger der häuslichen Krankenpflege lediglich als Träger der Krankenbehandlung auftreten kann, nicht jedoch als Rehabilitationsträger. Die Leistungen nach § 37 SGB V sind nicht vom SGB IX umfasst (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 5 Nr. 1 und 3 SGB IX). Dennoch ist es sinnvoll und erforderlich, dass eine Abstimmung im Teilhabeplanverfahren zwischen den Leistungsträgern stattfindet. Die Einbeziehung der Krankenversicherung nach § 22 Abs. 1 SGB IX ist daher zu empfehlen.

## **5. Abschließende Bemerkungen**

Im folgenden Anhang werden exemplarisch einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege genannt, die an geschulte Laien delegiert werden können. Im Anschluss wird dargestellt, unter welchen Bedingungen auch komplexe Behandlungspflege an geschulte Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung delegiert werden kann, bzw. in welchen Fällen eine Aufgabenübertragung unzulässig ist.

Die folgenden Ausführungen erheben dabei keinen Anspruch auf Verbindlichkeit und sind nicht abschließend. Sie sollen lediglich eine Anregung bzw. Diskussionsgrundlage bilden.

## **Anhang**

### **Anlage 1 Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege**

Aus dem BSG-Urteil<sup>33</sup> lassen sich folgende einfachste Pflegemaßnahmen ableiten:

- die Gabe von Tabletten nach ärztlicher Anweisung, ggf. einschl. der Notfallmedikation<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> BSG, Urteil vom 25.02.2015, Az: B 3 KR 11/14 R, Rn. 28.

<sup>34</sup> Die Medikamentengabe kann nach Auffassung der Fachverbände für Behinderung allerdings auch eine Maßnahme der komplexen Behandlungspflege sein, etwa im Falle der variablen, ggf. befundabhängigen Polymedikation, bei der die Gefahr von Neben- und Wechselwirkungen steigt.

- das Messen des Blutdrucks
- das Messen des Blutzuckergehalts
- das Anziehen von Thrombosestrümpfen
- das An- und Ablegen einfach zu handhabender Stützverbände
- das Einreiben mit Salben (soweit es sich nicht um schwierige Wundversorgung handelt)
- die Verabreichung von Bädern

Analog zum BSG-Urteil können zu den Maßnahmen einfachster Behandlungspflege aus fachlicher Sicht insbesondere folgende weitere Maßnahmen zählen:

- Messung der Körpertemperatur
- Messung der Pulsfrequenz
- Beobachtung eines Pulsoxymeters, Messergebnisse werden nicht bewertet, es werden keine Maßnahmen eingeleitet
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Kälte- und Wärmeanwendung
- Entleeren eines Urinablaufsystems
- Anlegen eines Urinalkondoms
- Inhalationen nach ärztl. Anweisung
- Wechsel eines Stomabeutels
- Nahrungsgabe über eine PEG- oder eine liegende Nasensonde
- Anlegen einer Maske oder O2-Brille bei regelmäßiger intermittierender Beatmung; sofern die qualifizierte Krankenbeobachtung durch eine Pflegefachkraft abgesichert ist

Die fachgerechte Durchführung der einfachsten Behandlungspflege muss qualitätsgesichert erfolgen. Deshalb sind Anleitung und Schulung der ausführenden MitarbeiterInnen sicherzustellen.

## **Anlage 2 Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege**

Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege sind solche, die über die einfachste Behandlungspflege hinausgehen. Sie finden sich u.a. im Katalog der verordnungsfähigen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und sind grundsätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Vertragsarzt verordnungsfähig.

Zu den Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege, die nach Auffassung der Fachverbände unter den spezifischen in Kapitel 3 aufgeführten Voraussetzungen von geschulten Fachkräften ohne pflegfachliche Ausbildung im Rahmen einer Langzeitbehandlung ausgeführt werden können, gehören insbesondere:

1. Stufe:

- Steuerung, Einstellung und Bedienung einer Medikamentenpumpe nur im Rahmen einer leitliniengerechten Einarbeitung, der Beauftragung durch den verordnenden Arzt



und nach einem Therapieschema mit festgelegten Dosierungskorridors bzw. einem Medikationsplan

- Subkutane Insulingabe und andere subkutane Injektionen
- Bewertung von Messergebnissen (s. einfachste Behandlungspflege)
- Verbandwechsel und Spülung einer liegenden PEG- oder Nasensonde
- Fortführung der Behandlung eines Dekubitus 1. und 2. Grades nach ärztlicher Anweisung
- Pflege eines liegenden Uro- oder Colostomas
- Verbandwechsel bei einem liegenden Port

2. Stufe: Nur in Ausnahmefällen, die einer besonderen Begründung und Abwägung sowie der Prüfung durch den behandelnden Arzt bedürfen

- Digitales Ausräumen im Rahmen der Behandlung einer häufig auftretenden Obstipation
- Katheterismus der Harnblase nur bei regelmäßigem intermittierendem (Selbst)katheterismus oder regelmäßiger Anlage eines Dauerkatheters nach leitliniengerechter Anleitung durch den verantwortlichen Arzt
- Absaugen des Mund- und Rachenraumes im Rahmen häufig wiederkehrender Absaugung, insbesondere bei liegendem Tracheostoma, ggf. einschließlich Pflege der Trachealkanüle nach ärztlicher Einweisung im Rahmen eines speziellen Behandlungsplanes
- Blasenspülungen und -instillationen bei einem liegenden Katheter

Eine Übernahme durch Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung kommt nur in Betracht, wenn es sich um regelmäßig erforderliche Maßnahmen im Rahmen einer Langzeitbehandlung wegen chronischer Erkrankung handelt. Sie scheidet aus, wenn die Maßnahme im Rahmen einer akuten Erkrankung und eines akuten Handlungsbedarfes erfolgen muss.

### **Anlage 3 Nicht delegierbare Maßnahmen der Behandlungspflege**

In jedem Falle ist eine Delegation an Fachkräften ohne pflegfachliche Ausbildung (ohne 3-jährige Pflegeausbildung) für folgende Maßnahmen ausgeschlossen:

- (Neu)Anlage und Wechsel von Drainagen
- Einläufe, sofern sie nicht regelmäßig angewendet werden
- Erstmaliges Anlegen/Anhängen von Infusionen aller Art sowie Wechsel von Infusionen bei peripherer Kanülenlage
- Zubereiten von Medikamenten zur Injektions- oder Infusionstherapie
- Wund- oder Fistelversorgung mit Debridement, Spülung oder Drainage sowie die fachliche Wundversorgung
- Anleitung zur Insulinselbstbehandlung
- Katheterismus der Harnblase, Trachealkanülenversorgung und -wechsel bei akuten Versorgungsfällen
- Überprüfung und Anlage von Beatmungsgeräten
- Legen von Gastrotube und Buttons
- Legen einer Nasensonde

- Endotracheales Absaugen, soweit es sich nicht um regelmäßige und häufig wiederkehrende Maßnahmen im Alltag handelt
- Wundversorgung (Ausnahme: Bagatellverletzungen sowie Soforthilfe/Notfallversorgung)