

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 SGB V

zwischen

den folgenden Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

- Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

einerseits

und

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*,
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Niedersachsen,
- der IKK classic*,
- der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse*,
- der Knappschaft - Regionaldirektion Hannover*,
- dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) - Landesvertretung Niedersachsen,

andererseits.

* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I - Gegenstand der Vereinbarung	
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	S. 3
Kapitel II - Eignung des Leistungserbringers	
§ 2 Allgemeine Voraussetzungen	S. 3
§ 3 Organisatorische Voraussetzungen	S. 4
§ 4 Praxis- und Betriebseinrichtung	S. 4
§ 5 Personelle Voraussetzungen	S. 5
§ 6 Fachliche Leitung	S. 5
§ 7 Pflegekräfte	S. 6
Kapitel III - Maßnahmen zur Qualitätssicherung	
§ 8 Qualitätssicherung	S. 7
§ 9 Fort- und/oder Weiterbildung	S. 8
§ 10 Qualitätsprüfungen	S. 8
Kapitel IV – Leistungserbringung, Abrechnung und Vergütung	
§ 11 Erbringung der Leistungen	S. 9
§ 12 Art, Umfang und Nachweis der Leistungen	S. 9
§ 13 Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/ Verrechnungsstellen und Beanstandungen	S.10
§ 14 Zahlungsfrist	S.10
§ 15 Datenträgeraustausch	S.10
§ 16 Vergütung der Leistungen	S.11
Kapitel V - Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson	
§ 17 Datenschutz und Schweigepflicht	S.11
§ 18 Vertragsverstöße	S.11
§ 19 Beilegung von Meinungsverschiedenheiten	S.12
§ 20 Regelungen zur Schiedsperson	S.12
Kapitel VI – Inkrafttreten	
§ 21 Beitritt zur Vereinbarung	S.12
§ 22 Beendigung des Beitritts	S.12
§ 23 Vereinbarungsdauer	S.13
§ 24 Überleitungsklausel	S.13
§ 25 Salvatorische Klausel	S.14
Protokollnotizen	S.15
<u>Anlagen</u>	
Anlage 1 Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versor- gung nach § 37 Abs.1 und zur Behandlungspflege nach § 37 Abs.2 SGB V ...	S.20
Anlage 2 Struktur der Vergütungsvereinbarung	S.33
Anlage 3 Ermächtigungserklärung	S.41
Anlage 4 Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen	S.42

Kapitel I

- Gegenstand der Vereinbarung

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand der Vereinbarung ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit häuslicher Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1 SGB V, häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 und Satz 6 SGB V sowie die Vergütungsstruktur und Abrechnung dieser Leistungen. Die Vereinbarung regelt insbesondere

- Gegenstand der Vereinbarung (Kapitel I, § 1)
- Eignung des Leistungserbringers (Kapitel II, §§ 2 bis 7)
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel III, §§ 8 bis 10)
- Leistungserbringung, Abrechnung und Vergütung (Kapitel IV, §§ 11 bis 16)
- Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson (Kapitel V, §§ 17 bis 20)
- Inkrafttreten (Kapitel VI, §§ 21 bis 25)

Kapitel II

- Eignung des Leistungserbringers

§ 2

Allgemeine Voraussetzungen

(1) Ein Krankenpflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage sein muss, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Er muss über eigene, von anderen Räumen getrennte, in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen und ständig, ggf. über einen Kooperationspartner, erreichbar sein.

(2) Zur Klärung der Frage, welche Organisationseinheiten in derselben Trägerschaft eigenständig und somit verpflichtet sind, alle Anforderungsmerkmale dieser Vereinbarung zu erfüllen, gelten die nachfolgend aufgeführten Begrifflichkeiten:

- Filiale

Eine Filiale ist eine eigenständige Organisationseinheit. Als Filiale eines Trägers führt sie die gleichen Geschäfte wie der zugelassene Krankenpflegedienst, von dem sie unabhängig existiert und auf dem Pflegemarkt agiert. Sie organisiert und plant die Pflegeeinsätze, es finden Dienstbesprechungen statt. Die Filiale präsentiert sich mit gezielter Außendarstellung und aktiver Werbung in der Öffentlichkeit und führt ihre Geschäftstätigkeit selbständig. Für die Filiale ist mit der Anlage 4 der Nachweis der Zulassung zu führen.

- Anlaufstelle

Diese Organisationseinheit ist unselbständig und in jeder Hinsicht abhängig von der „Mutter“, hier dem zugelassenen Krankenpflegedienst. Sie dient ausschließlich der Optimierung der inneren Arbeitsabläufe (zum Beispiel Schlüsselverwaltung, Lagerung von Pflegehilfsmitteln). Die Anlaufstelle verfügt weder über eine eigene Verwaltung noch über ein eigenes Institutionskennzeichen. Ebenfalls finden in der Anlaufstelle keine Dienstbesprechungen statt, es gibt keine gezielte Außendarstellung und keine offizielle Geschäftstätigkeit (z.B. keine von der Außenstelle ausge-

hende aktive Werbung in oder mit der Örtlichkeit). In der Anlaufstelle wird Pflege nicht übergeordnet organisiert, d.h. z.B. die Pflegeeinsätze werden hier nicht geplant. Dies geschieht am Sitz des zugelassenen Krankenpflegedienstes durch die verantwortliche Pflegefachkraft. Lediglich die konkrete Umsetzung der angewiesenen Pflegeeinsätze (Feinplanung) geht von der Anlaufstelle aus. Eine Anlaufstelle hat keinen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung.

- Beratungsstelle

Eine Beratungsstelle kann im Rahmen der allgemeinen Sozialberatung auch Pflegeberatung erbringen. Es handelt sich nicht um eine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Eine Beratungsstelle kann in Verbindung mit einer Anlaufstelle betrieben werden, z.B. durch die Nutzung gemeinsamer Räumlichkeiten. Mischformen von Beratungsstellen und Filialen sind ebenfalls möglich.

§ 3

Organisatorische Voraussetzungen

(1) Der Träger des Krankenpflegedienstes, im folgenden Leistungserbringer genannt, ist verpflichtet, folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- aktuelle Patienten-/ Pflegedokumentation gem. § 8 Abs. 4,
- Mitarbeiterdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen,
- eigenständiger Telefonanschluss sowie Telefaxgerät,
- geeignetes Kraftfahrzeug.

(2) Der Leistungserbringer hat bei Antragstellung folgendes nachzuweisen:

- die beteiligten Gesellschafter,
- polizeiliche Führungszeugnisse, auch für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung (haben vorzuliegen und können eingesehen werden),
- Beitritt zur zuständigen Berufsgenossenschaft,
- Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die jährlich an die Betriebsgröße (Durchschnittszahl der Mitarbeiter und Jahreslohn- und -gehaltssumme) angepasst wird.

(3) Der Leistungserbringer hat in geeigneter Form Nachweise über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen der Pflege(fach)kräfte zu führen. Der Nachweis ist regelmäßig zu aktualisieren. Der Nachweis ist zunächst im Rahmen der Antragsstellung und in der Folgezeit auf konkrete Anforderung gegenüber einem vertragschließenden Krankenkassenverband vorzulegen.

§ 4

Praxis- und Betriebseinrichtung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, für die Akutversorgung folgende Sachmittel vorzuhalten:

- Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Scheren, Desinfektionsmittel, Händedesinfektionsmittel, sterile Handschuhe,

- Blutzuckermessgerät,
- Darmrohr, Irrigator mit Zubehör und Klyisma,
- Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
- Steckbecken, Urinflasche mit Halter,
- Krankenunterlagen, Windeln und Zellstoff,
- Einmal- und Dauerblasenkatheter, Kathetersets und Urinbeutel,
- Kochsalzlösungen in den üblichen Konzentrationen und destilliertes Wasser

Alle in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

§ 5

Personelle Voraussetzungen

- (1) Als Personal gem. §§ 6 und 7 Abs.1 sind insgesamt Kräfte mit mindestens 115,5 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit zu beschäftigen.
- (2) Die Krankenpflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.
- (4) Der Einsatz freiberuflich tätiger Pflegekräfte ist ausgeschlossen.

§ 6

Fachliche Leitung

- (1) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die
 - a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ oder dreijährig ausgebildete „Altenpflegerin / Altenpfleger“ - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen,
 - b) über eine mindestens zweijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit davon mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich nach erteilter Erlaubnis nach a) innerhalb der letzten acht Jahre vor Antragstellung in dem Beruf nach a) verfügen, § 71 Abs. 3, Satz 3 SGB XI gilt entsprechend,
 - c) in dem Krankenpflegedienst hauptberuflich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sind. Hauptberuflichkeit in diesem Sinne setzt bei der verantwortlichen Pflegefachkraft eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden und bei ihrer Stellvertretung von mindestens 20 Stunden voraus. Die Voraussetzung der Sozialversicherungspflicht gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter im jeweiligen Krankenpflegedienst hauptberuflich tätig sind,
 - d) den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder den Abschluss eines Studiums im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität nachweisen. Beim Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit und

einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers im Einzelfall Ausnahmen zugelassen werden.

- e) Bei Ausscheiden oder dauerhaftem Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft ist die Stelle unverzüglich neu zu besetzen. Erfüllt die neue verantwortliche Pflegefachkraft noch nicht die Voraussetzungen nach d) ist hierfür im Einzelfall eine Übergangsregelung mit den Vertragspartnern zu treffen. Mit der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen sollte spätestens sechs Monate nach Aufnahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft begonnen worden sein.

(2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gem. Abs. 1 a) bis c) zu erfüllen. Abweichend von Abs. 1 b) ist für die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft nicht erforderlich, dass von der mindestens zweijährigen praktischen hauptberuflichen Tätigkeit mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich ausgeübt wurde.

§ 7

Pflegekräfte

(1) Zusätzlich sind mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger) oder Pflegekräfte, die zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegeassistentin/-assistent, Krankenpflegehelferin/-helfer berechtigt sind, mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt mindestens 45 Stunden zu beschäftigen.

(2) Vertretungspersonal (Krankheit, Urlaub), das die Qualifikation gem. Abs.1 erfüllt, ist sicherzustellen.

(3) Pflegekräfte können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, für die sie nach ihrer Ausbildung qualifiziert sind.

(4) Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können für Versicherte, bei denen die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI vorliegen und diese gleichfalls eine Leistung nach § 36, § 38 oder § 39 SGB XI beziehen, Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Abs. 5 verfügen. Diese Pflegekräfte können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

Inhalationen, Einreibungen, Kälteträger auflegen, Dermatologische Bäder, Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose ab Klasse II an- bzw. ausziehen sowie Medikamente verabreichen/ eingeben.

(5) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte nach Abs. 4 entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für

- die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung (materielle Qualifikation),
 - die Delegation der Pflegemaßnahmen,
 - die regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität,
- bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.

Das notwendige Können umfasst das Beherrschen der selbständigen Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme.

Zur Feststellung der Eignung überprüft die verantwortliche Pflegefachkraft, ob die jeweilige Behandlungspflegerische Maßnahme von der Pflegekraft durchgeführt werden kann. Die Pflegekraft hat zu bestätigen, ob sie die jeweilige Maßnahme durchführen kann.

Über die Feststellung der materiellen Qualifikation führt der Pflegedienst einen Nachweis mit folgenden Inhalten (dieser ist den Krankenkassen auf Anforderung vorzulegen):

- Benennung der Maßnahme
- Name und Unterschrift der Pflegekraft
- Vermittlung von Wissen und Können
- Feststellung der Eignung
- Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Datum der Feststellung

(6) Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung kann von Pflegekräften ohne formale Qualifikation unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft durchgeführt werden.

Kapitel III

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung

§ 8

Qualitätssicherung

(1) Die häusliche Krankenpflege ist sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Sie ist ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und krankenpflegerischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer berät den Versicherten und die im Haushalt lebende Person über die Bestimmungen des § 37 Abs. 3 SGB V. Die Annahme und Ausführung ärztlich verordneter Maßnahmen ist nur gestattet, wenn die Erbringung jeder einzelnen bewilligten Leistung in vollem Umfang gewährleistet ist.

(2) Der Leistungserbringer erklärt und weist bei Antragstellung und danach auf Anfrage gegenüber der Krankenkasse nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt. Ein personeller Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. ihrer Vertretung wird der Krankenkasse unverzüglich angezeigt.

(3) Der Leistungserbringer hat dafür zu sorgen, dass die Weiterführung der häuslichen Krankenpflege auch bei Abwesenheit durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub unter der Verantwortung einer Pflegefachkraft gemäß § 6 gesichert ist.

(4) Der Leistungserbringer hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Sie ist beim Pflegebedürftigen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Pflegebedürftigen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Leistungserbringer zu führen.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Rahmen seiner personellen Kapazitäten die häusliche Krankenpflege gegenüber allen Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen zu erbringen.

(6) Stellt der Leistungserbringer fest, dass Hilfsmittel erforderlich sind, informiert er hierüber die Krankenkasse, die das Weitere veranlasst.

(7) Kann die Durchführung oder das Ziel der häuslichen Krankenpflege aus medizinischen, krankpflegerischen oder sozialen Gründen nicht mehr gewährleistet werden, ist die Krankenkasse unverzüglich zu informieren.

§ 9

Fort- und/oder Weiterbildung

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Fachlichkeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und aller in der häuslichen Krankenpflege Beschäftigten, die länger als ein Jahr bei dem Krankenpflagedienst tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fort- und/oder Weiterbildungsmaßnahmen sicherzustellen. Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Stand der häuslichen Krankenpflege vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.

(2) Der Umfang der Fort- und/oder Weiterbildungen beträgt durchschnittlich 20 Zeitstunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren.

(3) Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen oder einen vertragschließenden Landesverband der Krankenkassen im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch den Leistungserbringer. In diesem sind die Vor- und Nachnamen der Beschäftigten, Thema, Umfang - in Zeitstunden - und die Termine der Fort- und/oder Weiterbildungen aufzuführen. In begründeten Fällen können auch über den Nachweiszeitraum hinaus Nachweise oder Teilnahmebescheinigungen angefordert werden.

(4) Kommt der Leistungserbringer seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird durch Bescheid des im Sinne des Absatzes 3 auffordernden Vereinbarungspartners eine Nachfrist von mindestens sechs Monaten gesetzt. Innerhalb der Nachfrist ist jede Krankenkasse berechtigt, die Vergütung ab dem der Zustellung des Bescheides folgenden Monatsersten bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die nachgeholten Fortbildungen um 10 % des Umsatzes im Leistungsbereich SGB V zu kürzen, der dem Anteil der nicht ausreichend fortgebildeten Mitarbeiter/-innen (in VZ-Stellen) entspricht. Im Wiederholungsfall verdoppelt sich der Prozentsatz nach Satz 2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Rechnungsempfängern bei Rechnungslegung die festgestellte Kürzung anzuzeigen. Die nachgeholten Fort- und/oder Weiterbildungen werden auf die nach Absatz 2 erforderlichen laufenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen nicht angerechnet.

(5) Wird der Nachweis nicht bis zum Ablauf der Nachfrist geführt, ist der Beitritt zu beenden.

§ 10

Qualitätsprüfungen

Qualitätsprüfungen in Krankenpflagediensten werden nach § 112 und §§ 114 ff SGB XI durchgeführt. Die Pflegeanamnese in der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs.2 SGB V fließt nicht als Bestandteil in die o.g. Qualitätsprüfungen ein.

Kapitel IV

- Leistungserbringung, Abrechnung und Vergütung

§ 11

Erbringung der Leistungen

(1) Der Krankenpflagedienst erbringt die vertraglichen Leistungen (Anlage 1) in eigenem Namen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen.

(2) Die Annahme von Krankenpflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist nicht zulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Krankenpflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

(3) Häusliche Krankenpflege kann vom Leistungserbringer erbracht werden, soweit eine im Haushalt des Versicherten lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Die Erbringung der Leistung setzt das Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung voraus. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Vor- und Rückseite der Verordnung - Muster 12 - (ggf. und ausnahmsweise auch vor der Unterzeichnung durch den Versicherten oder den Betreuer) als Fax der Krankenkasse vorliegt; das Original mit der Unterschrift auf der Rückseite des Muster 12 ist unverzüglich nachzureichen. Kosten für genehmigte bzw. zu genehmigende und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung durch die Krankenkasse zu tragen.

§ 12

Art, Umfang und Nachweis der Leistungen

(1) Die erbrachten Leistungen müssen durch einen Leistungsnachweis dokumentiert werden. Der Leistungsnachweis muss folgende Mindestangaben enthalten:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Krankenpflagedienstes
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers
- Art und Anzahl der verordneten und genehmigten, tatsächlich erbrachten Leistungen
- Tag und Uhrzeit des Einsatzbeginns
- Handzeichen der Pflegekraft pro Einsatz

Zeitnahe, mindestens einmal wöchentliche Unterschrift des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/der im Haushalt des Versicherten lebt. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu kennzeichnen und zu begründen sind, genügt die Unterschrift des Leistungserbringers. Eine generelle Bevollmächtigung von Mitarbeitern des Krankenpflagedienstes ist nicht zulässig.

(2) Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. In diesen Fällen genügt die Unterschrift des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/der im Haushalt des Versicherten lebt, einmal monatlich auf dem Leistungsnachweis. Das Handzeichen der Pflegekraft kann auch per EDV erstellt werden. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis durch Unterschrift bestätigt. Nicht zulässig ist das Einsetzen einer eingescannten Unterschrift.

§ 13

Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen und Beanstandungen

- (1) Die Rechnungen sind bei der Krankenkasse monatlich einzureichen. Bei beendeten Leistungsfällen kann davon abgewichen werden.
- (2) Der Rechnung ist der Leistungsnachweis nach § 12 beizufügen.
- (3) Der Leistungserbringer hat für den Abrechnungsverkehr sein Institutionskennzeichen zu verwenden. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- (4) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die Unterlagen zur Prüfung zurückgeben. Beanstandete Rechnungen, die in Teilen unstrittig sind, sind insoweit zu begleichen. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung im Sinne des § 823 BGB vor.
- (5) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 3 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle anlässlich der Abrechnungen die Krankenkasse, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle (vgl. § 278 BGB). Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.

§ 14

Zahlungsfrist

Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

§ 15

Datenträgeraustausch

- (1) Die Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (2) Abweichend von § 14 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Tage. Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer Abrechnungsformulare verlängert sich die Frist auf vier Wochen (vgl. § 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V).

§ 16

Vergütung der Leistungen

- (1) Die ausgeführten Leistungen werden nach der Struktur der Anlage 2 vergütet. Die Höhe der Vergütung regelt eine separate Vergütungsvereinbarung, die einen untrennbaren Bestandteil dieser Rahmenvereinbarung darstellt.
- (2) Zahlungen oder Zuzahlungen zu den von der Krankenkasse bewilligten Leistungen dürfen weder von den Anspruchsberechtigten noch von deren Angehörigen gefordert oder angenommen werden.
- (3) Die Regelungen über die Laufzeit und die Kündigung der Vergütungsvereinbarung können von den Regelungen in § 23 abweichen.

Kapitel V

- Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson

§ 17

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten.

§ 18

Vertragsverstöße

- (1) Besteht der Verdacht eines Vertragsverstoßes, so teilt der jeweils Betroffene dies dem Vertragspartner mit, benennt den Verdachtsgrund und den Bezugsfall und gibt dem Vertragspartner Gelegenheit, binnen zwei Wochen hierzu schriftlich Stellung zu nehmen. Innerhalb dieser Frist kann der Vertragspartner die zum Verdacht führenden Unterlagen einsehen.
- (2) Bei konkreten Anhaltspunkten für einen Vertragsverstoß setzen sich die Vertragspartner miteinander in Verbindung, um anhand der dazugehörigen Originalunterlagen, Belege und Bescheinigungen den Sachverhalt aufzuklären. Dies kann auch in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers geschehen, wenn der Betriebsinhaber bzw. sein Vertreter oder der Geschäftsführer anwesend ist. Auf Wunsch eines Vertragspartners ist dessen Verband zu beteiligen.
- (3) Handelt der Leistungserbringer entgegen seinen vertraglichen Pflichten, so kann die Krankenkasse ihn abmahnen. Die Abmahnung ist schriftlich vorzunehmen und zu begründen. Schadenersatzansprüche der Krankenkasse bleiben unberührt.
- (4) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen kann die Krankenkasse die Beteiligung des Leistungserbringers an der Vereinbarung ihr gegenüber ohne Einhaltung von Fristen beenden. Die Beendigung des Beitritts ist dem vertragschließenden Verband anzuzeigen.

§ 19

Beilegung von Meinungsverschiedenheiten

- (1) Zur Regelung von Meinungsverschiedenheiten aus dieser Vereinbarung wird ein Einigungsausschuss gebildet. Die Höhe der Vergütung ist nicht Gegenstand des Einigungsausschusses.
- (2) Der Einigungsausschuss ist paritätisch besetzt. Er besteht aus je vier Mitgliedern der Verbände der Leistungserbringer und der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen. Er gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 20

Regelungen zur Schiedsperson

- (1) Kommt zwischen den Vereinbarungspartnern keine Einigung über die Inhalte dieses Vertrages und die Vergütung der Leistungen zustande, verständigen sich die Vereinbarungspartner auf ein Verfahren zur Bestellung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132 a Abs. 2 Satz 6 SGB V, die dann diesen Vertragsinhalt festlegt. Die unabhängige Schiedsperson soll die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen.
- (2) Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von den für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt. Für diesen Fall stimmen die Vertragsparteien darin überein, dass Abs. 1 Satz 2 gilt.

Kapitel VI - Inkrafttreten

§ 21

Beitritt zur Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung einschließlich der Vergütungsvereinbarung nach § 16 Abs. 1 gilt, soweit sie für einen Vereinbarungspartner nicht unmittelbare Wirkung entfaltet, für die Krankenkassen und Leistungserbringer, die ihr durch schriftliche Erklärung gegenüber ihrem jeweiligen vereinbarungsschließenden Verband beitreten.
- (2) Der Leistungserbringer weist gegenüber den Krankenkassen nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt (Anlage 4).
- (3) Der Beitritt nach Absatz 1 wird wirksam, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nachgewiesen sind.
- (4) Jeder Vereinbarungspartner listet die der Vereinbarung ihm gegenüber Beigetretenen auf und stellt die Liste den übrigen Vereinbarungspartnern zur Verfügung. Veränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

§ 22

Beendigung des Beitritts

- (1) Eine Krankenkasse oder ein Leistungserbringer können den Beitritt mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich widerrufen.

(2) Die Krankenkasse kann den Beitritt eines einzelnen Leistungserbringers aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beenden, wenn Tatsachen vorliegen, die unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen der Beteiligten die Fortsetzung unzumutbar machen. Die Beendigung des Beitritts ist dem vertragschließenden Verband anzuzeigen.

(3) Ein Leistungserbringer kann seinen Beitritt gegenüber einzelnen Krankenkassen aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beenden, wenn Tatsachen vorliegen, die unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen der Beteiligten die Fortsetzung unzumutbar machen. Die Beendigung des Beitritts ist dem vertragschließenden Verband anzuzeigen.

(4) Bei einer Beendigung des Beitritts nach Abs. 2 und 3 endet die Vergütungsvereinbarung an dem Tag, an dem die Beendigung des Beitritts rechtswirksam wird.

(5) Der Beitritt endet durch:

- Betriebsaufgabe,
- Änderung der Trägerschaft

Kein Trägerwechsel liegt in folgenden Fällen vor:

- Formwechsel nach §§ 190 ff UmwG und Kapitalerhöhung einer UG im Rahmen des GmbHG,
- Umwandlung nach Maßgabe des Nds. Kommunalverfassungsgesetzes,
- Verlegung des Geschäftssitzes innerhalb von Niedersachsen.

(6) Werden die Mindestanforderungen gemäß § 5 Abs.1-3 dieser Vereinbarung für mindestens 3 Monate unterschritten, so ist dies den vertragschließenden Krankenkassen(verbänden) anzuzeigen. Wird die Unterschreitung in den nachfolgenden 3 Monaten nicht behoben, können die Krankenkassen(verbände) gemäß § 22 Abs. 2 den Beitritt beenden.

§ 23

Vereinbarungsdauer

(1) Diese Vereinbarung tritt mit ihren Anlagen am 01.01.2014 in Kraft.

(2) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 12 Monaten zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

(3) Teilkündigungen einzelner Kapitel oder Anlagen sind mit der Frist nach Abs. 2 möglich. Die Teilkündigung einer Vereinbarungspartei berechtigt die übrigen Vereinbarungsparteien zur Kündigung der Vereinbarung mit einer verkürzten Frist von 6 Monaten zu dem Tag, an dem die Teilkündigung wirksam wird.

(4) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen der Vereinbarung und ihrer Anlagen treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.

§ 24

Überleitungsklausel

Auf der Grundlage der Regelung des § 132a Abs. 1 SGB V entwickelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den Bundesverbänden der Leistungsanbieter eine Rahmenempfehlung zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Nachdem diese Rechtskraft er-

langt hat, verpflichten sich die Vereinbarungspartner, evtl. Anpassungen vorzunehmen. Einer Kündigung bedarf es hierzu nicht.

§ 25

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vereinbarungspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vereinbarungspartner gemeinsam eine unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt.

Anlagen

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | Leistungsbeschreibung zur Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V |
| Anlage 2 | Struktur der Vergütungsvereinbarung |
| Anlage 3 | Ermächtigungserklärung |
| Anlage 4 | Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen |

Protokollnotizen

Protokollnotiz zu § 7 Abs.1 dieser Vereinbarung

Auf Krankenpflegehelferinnen/ -helfer, die am 31.12.2013 bei einem der Rahmenvereinbarung beigetretenen Pflegedienst beschäftigt sind, findet § 7 Abs.1 des Rahmenvertrages vom 01.03.2008 weiterhin Anwendung¹.

Protokollnotiz zu § 7 Abs. 4 - 5 dieser Vereinbarung

Die Regelungen des § 7 Abs. 4 – 5 erfolgen, um Vorteile für den Versicherten zu erreichen und Doppelseinsätze zu vermeiden. Dies bedeutet nicht, dass Krankenpflegedienste verpflichtet sind, Mitarbeiter ohne formale Qualifikation einzusetzen.

Protokollnotiz zu § 21 dieser Vereinbarung:

Diese Vereinbarung gilt für alle Krankenpflegedienste, die der Vereinbarung mit Stand 01.03.2008 beigetreten waren, wenn sie nicht bis zum 31.01.2014 schriftlich gegenüber ihrem Verband widersprechen.

Die beigetretenen Krankenpflegedienste werden in Listenform nach Abs. 4 erfasst.

Das Ausfüllen der Anlage 4 ist in diesen Fällen nicht notwendig.

Protokollnotiz zu Anlage 1 und 2, Pos. 31.3.2 dieser Vereinbarung

Die Leistungserbringerverbände haben auf den Schiedsspruch vom 01./02.09.2012 in Gestalt des Ergänzungsschiedsspruchs vom 10.11.2012 Ersetzungsklage zum Sozialgericht Hannover (Az. S 2 KR 1058/12 und S 10 KR 130/13) erhoben. Sie vertreten die Auffassung, dass die Vergütung für die Position 31.3.2 bei Kompressionsverbänden an verschiedenen Körperteilen nebeneinander abrechenbar sein muss. Soweit es in diesem Verfahren zu einer rechtskräftigen Ersetzung kommen sollte, werden die Vertragspartner eine der gerichtlichen Ersetzung entsprechende Anpassung auch dieses Vertrages vornehmen.

¹ § 7 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung vom 01.03.2008: Zusätzlich sind mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger, Krankenpflegehelferin/-helfer) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt mindestens 45 Stunden zu beschäftigen.

- Leerseite -

- Leerseite -

Von den folgenden **Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen**

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Die niedersächsischen Krankenkassen bzw. deren Landesorganisationen

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

Knappschaft -Regionaldirektion Hannover

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
-Der Leiter der Landesvertretung Niedersachsen-

Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 SGB V

Bezüglich der Dauer der Verordnung und der Häufigkeit der Verrichtungen gelten die Aussagen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (HKP-RL). Dies sind Empfehlungen für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Abweichungen können insbesondere in Betracht kommen auf Grund von Art und Schwere des Krankheitsbildes, der individuellen Fähigkeiten und Aufnahmemöglichkeiten des Umfeldes. Insbesondere bei der Pflege von Kindern kann es erforderlich sein, die Maßnahmen schrittweise zu vermitteln und häufiger zu wiederholen (Auszug aus den Vorbemerkungen des Leistungsverzeichnisses Anlage der HKP-RL).

Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
1	011 310 oder 021 310	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	Beratung und Kontrolle des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei initialer Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z.B. bei Grundverrichtungen des täglichen Lebens, wie Lagern, Körperpflege)	
2	014 120 oder 024 120	Ausscheidungen	Beinhaltet: a) Hilfe bei Ausscheidungen: Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und Mageninhalt, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - Verwendung von Inkontinenzprodukten (z.B. Vorlagen, Condomurinal). - Reinigung des Harnröhrenkatheters (Reinigung des Katheters und der Harnröhrenöffnung, ggf. Abklemmen in zeitlich festgelegten Intervallen). - Wechsel des Katheterbeutel. - Reinigung und Versorgung des Urostoma - Reinigung und Versorgung des Anus-praeter b) Kontinenz- / Toiletentraining: Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan. Die Uhrzeiten sind in einem Erfassungsbogen zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> - Harnblase: Die Blasenentleerungszeiten sind im Abstand zur Einnahme von Flüssigkeit je nach Gewohnheit des Patienten anzupassen, anfänglich mindestens zweistündlich. Angestrebt wird eine viermalige Blasenentleerung pro Tag. - Enddarm: Die Darmentleerungszeiten sind je nach Gewohnheit des Patienten anzupassen. 	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
3	014 120 oder 024 120	Ernährung	<p>Beinhaltet:</p> <p>a) Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei</p> <p>b) Sondennahrung, Verabreichen von: über Magensonde, Katheter-Jejunostomie (z.B. Witzel-Fistel), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), mittels Spritze, Schwerkraft o. Pumpe, Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation, ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems.</p>	
4	014 120 oder 024 120	Körperpflege	<p>Beinhaltet:</p> <p>a) Duschen, Baden, Waschen (auch von Augen, Ohren, Nase), Mund-, Zahn-, Lippen- und Hautpflege, Rasur, Haar- und Nagelpflege.</p> <p>b) ggf. Pflege einer Augenprothese.</p> <p>c) ggf. Mundpflege als Prophylaxe bei abwehrgeschwächten Patienten und/ oder Patienten in stark reduziertem Allgemeinzustand.</p> <p>d) An- und Ausziehen: Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- und Ausziehen der Kleidung, von Stützstrümpfen, von Antithrombosestrümpfen, von konfektionierten/ teilkonfektionierten/ maßgefertigten Bandagen, von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I, das An- und Ablegen von Prothesen, von Orthesen, Stützkorsetts, von Bruchbändern etc.</p>	
5	014 120 oder 024 120	Hauswirtschaftliche Versorgung	<p>Beinhaltet:</p> <p>Besorgung (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung).</p>	

Leitungsbeschreibung zur Behandlungspflege

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
6.1	032 300	Absaugen der oberen Luftwege	Entfernen von Sekret mittels Sonde und Absauggerät oral, nasal und/ oder endotracheal (über Endotrachealtubus oder Trachealkanüle/ Tracheostoma).	Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen.
6.2	032 242	Bronchialtoilette	Therapeutische Spülung der Bronchien z.B. mit physiologischer Kochsalzlösung evtl. unter Zusatz von Sekretolytika.	Einschl. Absaugen. Pos. 6.1 (Absaugen der oberen Luftwege) ist nicht nebenher abrechenbar.
7	032310	Anleitung des Betroffenen, von Angehörigen oder anderen Personen in der Häuslichkeit zur Behandlungspflege	Die Pflegekraft leitet den Patienten, Angehörige oder eine andere Person zur selbständigen und dauerhaften Übernahme der behandlungspflegerischen Maßnahmen an. Die anzuleitende Person wird: - hinsichtlich der anzuleitenden Maßnahme beraten, - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt, - im Hinblick auf das Beherrschen der Maßnahme kontrolliert.	Nach Beendigung der verordneten Anleitungen ggf. auch vorher, wird der verordnende Arzt über das Ergebnis der Anleitung unverzüglich informiert. Die Anleitung kann täglich (auch mehrfach), muss jedoch nicht an aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen. Abrechenbar je Maßnahme.
8	032 238	Bedienung des Beatmungsgeräts	Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z.B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck). Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes und Funktionsüberprüfung, Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z.B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O ₂ - Zellen).	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
9	032 241	Blasenspülung	Einbringen einer Lösung unter sterilen Kautelen mittels Blasenspritze oder Spülsystem durch einen Dauerkatheter, Abfließenlassen der Flüssigkeit und Beobachtung dieser (Farbe, Menge, Beimengungen).	Blasenspülungen werden nur vorgenommen bei durchflussbehinderten Kathetern infolge Pyurie oder Blutkoageln. Pos. 20 (Instillation) ist nicht nebenher abrechnungsfähig.
10	032 201	Blutdruckmessung	Ermittlung und Bewertung des arteriellen Blutdrucks mittels eines Blutdruckmessgeräts.	I.d.R. nur bei Erst- und Neueinstellungen. Keine 24-h-Blutdruckmessungen mittels Dauermessgerät.
11	032 240	Blutzuckermessung	Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehalts kapillaren Blutes mittels Testgerät (z.B. Glucometer).	
12	032 243	Dekubitusbehandlung	Behandlung des Dekubitus (Reinigung und Verbandwechsel (z.B. Feuchtverband, Hydrokolloid- oder Hydrogelverband) sowie Druckentlastung.	Es muss mindestens ein oberflächlicher Hautdefekt vorliegen. Erfolgt die Versorgung des Dekubitus z.B. durch Wundspülung oder ein (Teil-) Bad zur Wundreinigung, sind diese Leistungen Bestandteil dieser Position und mit der Vergütung hierfür abgegolten. Die Pos. 31.1 und 31.2 (Verbandswechsel) sind nicht nebenher abrechnungsfähig. Die Versorgung getrennt zu behandelnder Dekubiti ist nebeneinander abrechnungsfähig (s.a. Pos. 31.1 u. 31.2).

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
13	032 246	Drainagen	Versorgung von Drainagen, die der Ableitung von Sekreten, Blut, serösen Flüssigkeitsansammlungen, Eiter aus Gelenken, Körper- oder Wundhöhlen dienen. Überprüfen der Lage und des Sekretabflusses sowie von Laschen, Kürzen von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.	Nicht in Verbindung mit Pos. 31.1 und 31.2 (Verbandwechsel) abrechenbar. Wenn Verbandwechsel erforderlich, ist die Drainage Bestandteil dieser Leistung.
14.1	032 247	Einlauf	Der Einlauf beinhaltet das Einbringen von Flüssigkeiten in den Enddarm zwecks Darmentleerung. Dazu gehört der Reinigungseinlauf und die damit ggf. verbundene digitale Ausräumung sowie die Kreislaufüberwachung einschl. Blutdruckmessung.	Die Pos. 14.2 (Klysma), 14.3 (Ausräumung) und 10 (Blutdruckkontrolle) sind nicht nebenher abrechnungsfähig.
14.2	032 303	Klysma / Klistier	Einbringen einer begrenzten Menge Flüssigkeit mittels Fertigampulle in den Enddarm.	
14.3	032 315	Digitale Enddarmausräumung	Manuelles Ausräumen des Enddarmes bei therapieresistenter Obstipation.	
15	032 249	Flüssigkeitsbilanzierung	Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrierten Gefäßen, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang und Gewichtskontrolle.	
16.1	032 251	Infusion, i.v.	Wechseln und/oder Anhängen/ Abnehmen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
16.2	032 430	Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung anhängen	<p>Zubereitung / Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath, Spülen des Zugangs, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge.</p> <p>Ggf. Verbandwechsel einschließlich Kontrolle und Beurteilung der Einstichstelle sowie Flüssigkeitsbilanzierung und Gewichtskontrolle.</p> <p>Bei Infusionen i. V. zur Flüssigkeitssubstitution verbleibt es bei der Anwendung der Pos. 16.1.</p>	<p>Folgende Leistungen sind nicht nebenher abrechenbar, sofern die Leistung in unmittelbarem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Versorgung zur parenteralen Ernährung steht:</p> <p>Pos. 10, Pos. 11, Pos. 15, Pos. 16.1, Pos. 18, Pos. 19, Pos. 24, Pos. 26.2, Pos. 26.3. Pos. 30</p>
16.3	032 431	Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung abnehmen	<p>Abnehmen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath, Durchspülen des Zugangs, Verschluss des Zugangs.</p> <p>Bei Infusionen i. V. zur Flüssigkeitssubstitution verbleibt es bei der Anwendung der Pos. 16.1.</p>	<p>Folgende Leistungen sind nicht nebenher abrechenbar, sofern die Leistung in unmittelbarem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Versorgung zur parenteralen Ernährung steht:</p> <p>Pos. 10, Pos. 11, Pos. 15, Pos. 16.1, Pos. 18, Pos. 19, Pos. 24, Pos. 26.2, Pos. 26.3. Pos. 30</p>
16a.1	032 200	Infusion, s.c., Legen/ Anhängen	<p>Legen/ Anhängen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution mit Hautinspektion, Festlegung der Einstichstelle, Hautdesinfektion, s.c. Punktion mittels Kanüle, Fixierung der Kanüle, Anschließen der Infusion sowie Einstellen und Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge. Zusätzlich Überprüfung der Injektionsstelle auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.</p>	
16a.2	032 591	Infusion, s.c., Wechsel	<p>Wechseln einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution- ohne erneute s.c. Punktion mittels Kanüle - durch Austausch der leeren Infusionsflasche, Anhängen der vollen Infusionsflasche, sowie Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge. Zusätzlich Überprüfung der Injektionsstelle auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.</p>	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
16a.3	032 598	Infusion, s.c., Abschließendes Entfernen	Abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeits- substitution mit Entfernung der Kanüle so- wie Abdeckung der Einstichstelle durch Schutzauflage. Zusätzlich Überprüfung der Injektionsstelle auf Zeichen einer Ödem- bildung, Schwellung oder Rötung.	
17	032 255	Inhalation	Anwendung von ärztlich verordneten Me- dikamenten, die mittels verordneter Inha- lationshilfen in feinste Tröpfchen zer- stäubt/vernebelt und über die Atemwege in- haliert werden.	
18	032 256	Injektion	Einbringen von ärztlich verordneten Arz- neimitteln mittels Hohl- nadel in den Körper einschließlich Aufziehen und Dosieren (nur subkutan und intramuskulär).	Je Injektion abrechenbar. Bei s.c. Injektionen muss die Möglic- keit der eigenstän- digen Durchfüh- rung, z.B. mit Selbstapplikations- hilfe, ggf. auch nach Anleitung, ausgeschlossen sein.
19	032 311	Injektionen, Richten von	Richten von Injektionen zur Selbstapplika- tion auf Vorrat.	I.d.R. nur bei hochgradiger Seh- behinderung oder Blindheit. Auch geltend für im Haushalt lebende Personen, die injizieren, die Injektion aber nicht richten können.
20	032 259	Instillation	Einbringen von flüssigen Medikamenten in natürliche Körperöffnungen, Hohlorgane, Körperhöhlen.	Pos. 9 (Blasenspü- lung) ist nicht nebenher abrech- nungsfähig.
21	032 203	Kälteträger	Auflegen eines, ggf. in eine Schutzauflage gewickelten, Kälteträgers (z.B. Eisbeutel).	Je Anwendung abrechenbar.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
22	032 313	Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter	Entfernen des Verbandes, Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente, Kontrolle der Lage, Anlegen des Verbandes.	Bei nicht infizierten Wunden ist eine tägliche Versorgung i.d.R. nicht erforderlich. Die Pos. 31.1 und 31.2 sind im Zusammenhang mit dieser Leistung nicht abrechenbar.
23	032 262	Katheterisierung	Die Katheterisierung umfasst das Entfernen bzw. Einlegen eines transurethralen Katheters in die Harnblase zwecks Urinentnahme Diese Maßnahme schließt Katheterpflege, Instillation und Spülung ein.	Das Entfernen eines Verweilkatheters ist beim Wechsel nicht gesondert abrechnungsfähig. Die Pos. 9 (Blasenspülung) und Pos. 20 (Instillation) sind nicht nebenher abrechnungsfähig.
24	032 320	Spezielle Krankenbeobachtung	Kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut über mindestens 24 Std. – in begründeten Fällen auch weniger – mit dem Ziel festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.	Die Pflegekraft ist über den gesamten Versorgungszeitraum anwesend. Der behandelnde Arzt ist ständig erreichbar und wird laufend über Veränderungen der Vitalzeichen informiert. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.
25	032 265	Magensonde	Legen oder Wechseln einer schlauchförmigen Verweilsonde durch Nase oder Mund über die Speiseröhre in den Magen zur Ableitung des Magensaftes oder zur Sicherstellung der enteralen Ernährung, Kontrolle der Lage und Funktion.	Das erstmalige Legen einer Magensonde gehört zur ärztlichen Behandlung.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
26.1	032 248	Einreibung	Auftragen und Verteilen von Arzneimitteln (Salben, Emulsionen, Flüssigkeiten, Gels usw.) auf die Haut bei akuten Krankheitsbildern.	Diese Position ist bei Anwendung an verschiedenen Körperteilen i.d.R. zweimal je Einsatz abrechnungsfähig. Ein Verband als Abdeckung ist nicht zusätzlich abrechenbar.
26.2	032 233	Verabreichung/ Eingeben von Medikamenten	Verabreichung/ Eingeben von Medikamenten über den Magen-/ Darmtrakt, die Haut (Medikamentenpflaster) und Schleimhaut, die Nase, die Ohren, die Augen oder die Atemwege.	Diese Position ist i.d.R. nur einmal je Einsatz abrechenbar. Die Pos. 16 (Infusion), 17 (Inhalation), 18 (Injektion), 20 (Instillation), 26.1 (Einreibungen), und 26.4 (Bäder) sind nebenher abrechenbar.
26.3	032 312	Richten von Medikamenten	Das Richten der Medikamente erfolgt für bestimmte Zeiträume, i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente). Die Leistung umfasst die Kontrolle der regelmäßigen Einnahme der gerichteten Medikamente. Die Leistung umfasst nicht das Richten individuell verblisteter Medikamente.	Die Kontrolle der Einnahme ist Bestandteil der Leistung und nicht separat abrechenbar. Die Kontrolle der Einnahme erfolgt beim nächsten Einsatz.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
26.4	032 236	Dermatologisches Bad	Bereitung von Voll- oder Teilbädern (z.B. Arm-/ Beinbad) mit medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern.	Die Position ist nur einmal je Einsatz abrechenbar. Wundreinigungsbäder (s. Pos. 31.2 und 31.4) fallen nicht unter diese Position und sind nicht hierunter abrechenbar. Medizinische Fußbäder, die ausschließlich aufgrund von Durchblutungsstörungen erbracht werden, sind nicht abrechenbar. Ärztlich verordnete Einreibungen (Pos. 26.1) sind nebenher abrechenbar.
27	032 309	Versorgung bei PEG	Entfernen des Verbandes oder Wechsel der Schutzaufgabe, Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente, Kontrolle der Fixierung, Anlegen des Verbandes.	Bei nicht infizierten Wunden ist eine tägliche Versorgung i.d.R. nicht erforderlich. Die Pos. 31.1 und 31.2 sind im Zusammenhang mit dieser Leistung nicht abrechenbar.
28	032 276	Stomabehandlung	Behandlung (z.B. Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Behandlung mit Medikamenten, Verbandwechsel) von künstlich geschaffenen Ausgängen (z.B. Urostoma, Anus praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut.	
29	032 261	Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle und Reinigung der entnommenen Trachealkanüle	
30	032 319	Pflege des zentralen Venenkatheters / Port-a-cath	Entfernen des Verbandmaterials an der Einstichstelle, Kontrolle, Versorgung und Beurteilung der Einstichstelle, sowie Aufbringen des Verbandmaterials.	1-2 mal wöchentlich bei Transparentverband.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.1	032 282	Verband anlegen/ Wechseln	Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen Anlegen bzw. Wechseln von Verbänden, Wundkontrolle, Desinfektion und Reinigung.	Die Versorgung getrennt zu verbindender Wunden ist nebeneinander abrechnungsfähig. Wundschnellverbände (z.B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) fallen nicht unter diese Position. Die Pos. 31.6 (Stützverband) und 13 (Drainagen) sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.
31.2	032 322	Verband anlegen / wechseln einschließlich Reinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln	Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen, Anlegen bzw. Wechseln von Verbänden, Wundkontrolle, Desinfektion und Reinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln.	Die Versorgung getrennt zu verbindender Wunden ist nebeneinander abrechnungsfähig. Wundschnellverbände (z.B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) fallen nicht unter diese Position. Die Pos. 31.6 (Stützverband) und 13 (Drainagen) sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.
31.3.1	032 308	Kompressions- verband anlegen	Anlegen eines Kompressionsverbandes z.B. nach Pütter, Fischer-Tübinger	Kompressionsverbände an verschiedenen Körperteilen sind nebeneinander abrechnungsfähig. Die Pos. 31.1 und 31.2 sind nicht nebeneinander abrechenbar. Die Pos. 31.3.2 ist nicht im selben Einsatz abrechenbar.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.3.2	032 387	Kompressionsverband abnehmen	Abnehmen eines Kompressionsverbandes z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger inklusiv des fachgerechten Aufwickeln	Das Abnehmen von Kompressionsverbänden an verschiedenen Körperteilen ist nicht nebeneinander abrechenbar. (siehe Protokollnotiz hierzu) Die Pos. 31.3.1 und 31.4 sind nicht im selben Einsatz abrechenbar.
31.4	032 366	Kompressionsverband anlegen / wechseln mit Wundversorgung / Wundreinigungsbad	Versorgung von Wunden, typischerweise Ulcus cruris, unter aseptischen Bedingungen Anlegen bzw. Wechseln von Wundverbänden, Wundkontrolle, Desinfektion und Reinigung bzw. Reinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln. Zusätzlich Anlegen eines Kompressionsverbandes z.B. nach Pütter, Fischer-Tübinger.	Kompressionsverbände an verschiedenen Körperteilen sind nebeneinander abrechnungsfähig. Bei gleichzeitiger Wundaufgabe und Kompressionsverband im Wundbereich ist diese Position nur einmal je Wunde abrechenbar. Geht der Kompressionsverband darüber hinaus – insbesondere bei einer weiteren behandlungsbedürftigen Krankheit – ist diese Position zweimal abrechenbar. Die Pos. 31.1, 31.2, 31.3.1 und 31.3.2 sind nicht nebenher abrechenbar.
31.5	032 263	Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose ab Klasse II	An- bzw. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ -strumpfhose.	Die Position ist auch bei der Versorgung beider Beine nur einmal abrechnungsfähig. An- und Ausziehen ist getrennt abrechenbar.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.6	032 323	Stützverband anlegen	Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke.	

Leistungsbeschreibung zu sonstigen Leistungen

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
41	032 745	Versorgungszuschlag bei multiresistenten Keimen (Methicillin resistenten Staphylococcus aureus - MRSA)	Zuschlag für Hygienemaßnahmen bei der Versorgung von Patienten mit ärztlich festgestellten und auf der Verordnung vermerkten MRSA-Besiedlungen gemäß den Empfehlungen des MRSA-Netzwerkes in Niedersachsen.	<p>Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn innerhalb eines Einsatzes mindestens eine der folgenden Leistungen erbracht wird: Pos. 2.-5., Pos. 6.1, Pos. 6.2, Pos. 9., Pos. 12., Pos. 13., Pos. 14.1, Pos. 14.2, Pos. 14.3, Pos. 17, Pos. 22., Pos. 23., Pos. 27., Pos. 28., Pos. 29., Pos. 31.1, Pos. 31.2 und Pos. 31.4.</p> <p>Der Zuschlag wird zunächst befristet bis zum 31.12.2014 vereinbart.</p>
42	032 885	Zuschlag für Anforderungen von verordnungsbegründenden Unterlagen	Zuschlag für vom MDK oder im Auftrag des MDK beim Pflegedienst abgeforderte verordnungsbegründende Unterlagen wie z. B. Auszüge aus der Pflegedokumentation (Blutzucker- und / oder Blutdruckprotokolle, Wunddokumentationen, Lagerungsprotokolle, Medikamentenpläne, u. ä.).	<p>Anforderungen sind unter Angaben von Gründen schriftlich zu stellen.</p> <p>Der Zuschlag ist nur abrechenbar, soweit Fehlerhaftigkeit und Unvollständigkeit der Verordnung für den Pflegedienst nicht eindeutig erkennbar waren.</p>

Struktur der Vergütungsvereinbarung häusliche Krankenpflege

A

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
1 Hinweis: siehe Abschnitt D, Sondervereinbarung			
2 – 5 incl. der im Einzelfall erforderlichen Behandlungspflege	014 120	§ 37 Abs.1 S. 1 und 4 SGB V Je Einsatz (bis zu zwei Einsätze täglich)	
	024 120	§ 37 Abs.1 S. 1 und 5 SGB V Je Einsatz (bis zu zwei Einsätze täglich)	

B

Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
6.1	032 300	Absaugen der oberen Luftwege	
6.2	032 242	Bronchialtoilette	
7	032 310	Anleitung zur Behandlungspflege	Einzelabsprache
8	032 238	Bedienung des Beatmungsgerätes	Einzelabsprache
9	032 241	Blasenspülung	
10	032 201	Blutdruckmessung	
11	032 240	Blutzuckermessung	
12	032 243	Dekubitusbehandlung	
13	032 246	Drainagen	
14.1	032 247	Einlauf	
14.2	032 303	Klysma/ Klistier	

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
14.3	032 315	Digitale Enddarmausräumung	
15	032 249	Flüssigkeitsbilanzierung	
16.1	032 251	Infusion, i.v.	
16.2	032 430	Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung anhängen	
16.3	032 431	Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung abnehmen	
16a.1	032 200	Infusion, s.c., Legen/ Anhängen	
16a.2	032 591	Infusion, s.c., Wechseln	
16a.3	032 598	Infusion, s.c., abschließendes Entfernen	
17	032 255	Inhalation	
18	032 256	Injektion	
19	032 311	Injektionen, Richten von	
20	032 259	Instillation	
21	032 203	Kälteträger	
22	032 313	Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter	
23	032 262	Katheterisierung	
24	032 320	Spez. Krankenbeobachtung	Einzelabsprache
25	032 265	Magensonde	
26.1	032 248	Einreibung	
26.2	032 233	Verabreichung / Eingeben von Medikamenten	
26.3	032 312	Richten von Medikamenten	
26.4	032 236	Dermatologisches Bad	
27	032 309	Versorgung bei PEG	
28	032 276	Stomabehandlung	
29	032 261	Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	
30	032 319	Pflege des zentralen Venenkatheters / Port-a-cath	
31.1	032 282	Verband anlegen / wechseln	

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
31.2	032 322	Verband anlegen / wechseln einschl. Reinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln	
31.3.1	032 308	Kompressionsverband anlegen	
31.3.2	032 387	Kompressionsverband abnehmen	
31.4	032 366	Kompressionsverband anlegen / wechseln mit Wundversorgung / Wundreinigungsbad	
31.5	032 263	Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose ab Klasse II	
31.6	032 323	Stützverband anlegen	
32.1	032 143	Je Einsatz höchstens (Gilt nicht für Pos. 16.2 und 16.3)	
32.2	032 147	Bei Einsätzen mit den Pos. 16a.1 und /oder 26.3 und/ oder 31.2 und/ oder 31.4 beträgt der Betrag pro Einsatz höchstens (Gilt nicht für Pos. 16.2 und 16.3)	
41	032 745	Versorgungszuschlag bei multiresistenten Keimen (Methicillin resistenten Staphylococcus aureus - MRSA) -Befristet bis 31.12.2014-	
42	032 885	Zuschlag für Anforderungen von verordnungsbegründenden Unterlagen	

C

Wegepauschale bei Leistungen nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V je Einsatz

Werden Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Einsatz erbracht, ist nur die halbe Wegepauschale nach dem SGB V berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn der Leistungsanspruch nach dem SGB XI erst nachträglich zugesagt werden kann (z.B. bei verzögerter Einstufung durch den MDKN).

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
33.1	014 701	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 701	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 701	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
33.2	032 713	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr mit SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
33.3	014 603	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 603	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 603	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	
33.4	032 612	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und ges. Feiertagen mit SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	

Werden mehrere Versicherte in einem gemeinsamen Haushalt durch denselben Krankenpflagedienst in einem Einsatz versorgt, wird die entsprechende Wegepauschale für jeden Versicherten hälftig berechnet.

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
34.1	014 702	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 702	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 702	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
34.2	032 714	Wegepauschale zw. 6.01 – 20.00 Uhr mit SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
34.3	014 600	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 600	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 600	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	
34.4	032 610	Wegepauschale zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und ges. Feiertagen mit SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	

In Wohnanlagen für Senioren (z.B. Seniorenresidenzen, Wohnstifte, Seniorenwohngemeinschaften) werden Versicherte häufig durch Krankenpflegedienste versorgt, **deren Sitz der Wohneinrichtung räumlich unmittelbar zugeordnet ist.** Soweit diese Krankenpflegedienste Leistungen in der Wohneinrichtung erbringen, kann anstelle der Wegepauschale für jeden Versicherten nur folgendes Wegegeld abgerechnet werden:

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
35.1	014 127	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 127	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 127	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
35.2	032 129	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr mit SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
35.3	014 105	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 105	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 105	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	
35.4	032 106	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und ges. Feiertagen mit SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	

Von **externen** Krankenpflegediensten, die zeitlich zusammenhängend mehr als zwei Versicherte nacheinander in den genannten Einrichtungen versorgen, kann für jeden Versicherten nur folgendes Wegegeld abgerechnet werden:

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
36.1	014 128	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 128	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 128	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr ohne SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
36.2	032 706	Wegegeld zw. 6.01 – 20.00 Uhr mit SGB XI, montags bis freitags § 37 Abs.2 SGB V	
36.3	014 131	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	
	024 131	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB XI § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V	
	032 131	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen ohne SGB X § 37 Abs.2 SGB V	
36.4	032 611	Wegegeld zw. 20.01 – 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und ges. Feiertagen mit SGB XI § 37 Abs.2 SGB V	

D

Sondervereinbarungen

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
1	011 310	Anleitung zur Grundpflege - § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V	Einzelabsprache
37	014 143	Sondervereinbarung - § 37 Abs.1 S.1 und 4 SGB V (mehr als 2 Einsätze täglich)	Einzelabsprache
38	024 143	Sondervereinbarung - § 37 Abs.1 S.1 und 5 SGB V (mehr als 2 Einsätze täglich)	Einzelabsprache
39	014 106	Sonstige Sondervereinbarung, abweichend von Pos. 37 und 38 - § 37 Abs.1 SGB V	Einzelabsprache
40	032 120	Sonstige Sondervereinbarung - § 37 Abs.2 SGB V	Einzelabsprache

E r m ä c h t i g u n g s e r k l ä r u n g
nach § 13 Abs. 5 der Vereinbarung

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) folgende Abrechnungs-/Verrechnungsstelle

Firma

(Name, Anschrift) _____

Institutionskennzeichen _____

vom _____ an sämtliche von mir (uns) nach den Bestimmungen dieses Vertrages für Versicherte erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit den Krankenkassen abzurechnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 4 zur Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 SGB V

Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

Beglaubigte Kopien sind vorzulegen
bei der AOK

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Unternehmensbereich Pflege,
Postfach 11 42, 38001 Braunschweig

Kopien sind vorzulegen
bei vdek, IKK classic und Knappschaft

vdek Landesvertretung Niedersachsen,
An der Börse. 1, 30159 Hannover

IKK classic,
Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover

Knappschaft – Regionaldirektion Hannover -,
Siemensstr. 7, 30173 Hannover

Dem SVLFG als LKK und
dem BKK Landesverband Mitte
sind keine Unterlagen zu übersenden.

NAME DER EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:			IK - NR.: <input type="text"/>
PLZ, ORT, LANDKREIS:			
TELEFON:		FAX:	
EMAIL:			

GESELLSCHAFTSFORM:	<input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> anders:		
INHABER:			
GESELLSCHAFTER:			
GESCHÄFTSFÜHRER:			

Ich bin/ wir sind Mitglied in dem Pflegedienst -/Träger verband:	
<i>Ich habe/ wir haben den Beitritt zum Rahmenvertrag in der Fassung v.01.01.2014 erklärt.</i>	

✓ Polizeiliche Führungszeugnisse liegen zur Einsichtnahme vor für:

	NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM UND ANSCHRIFT
INHABER	
GESELLSCHAFTER	
PFLEGEDIENSTLEITUNG	
STELLV. PFLEGEDIENSTLEITUNG	

ERKLÄRUNG

Die unter *Organisatorische Voraussetzungen sowie Praxis- und Betriebseinrichtung in §§ 3 und 4 genannten Materialien* sind in meinem / unserem Krankenpflagedienst vollständig vorhanden und werden entsprechend des Vertrages gehandhabt.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns hiermit, *die Kündigung oder den Wechsel der Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung sowie eine Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen unverzüglich und unaufgefordert* den Krankenkassen mitzuteilen.

Ich versichere / wir versichern, dass die hier geleisteten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich / wir alle in § 5 genannten Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllen.

Ort

Datum

Unterschrift/en

Stempel der Einrichtung