R A H M E N V E R T R A G

über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gemäß § 132a Abs. 4 SGB V

Zwischen

dem	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., Wiesbaden
dem	Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt / M.
dem	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

und

der	AOK Rheinland-Pfalz / Saarland – Die Gesundheitskasse, Eisenberg
dem	BKK Landesverband Mitte, Hannover *
der	IKK Südwest, Saarbrücken zugleich handelnd als Vertreterin der IKK Nord, der BIG direkt gesund, der IKK Classic und der IKK gesund plus
der	KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Saarbrücken, Saarbrücken
der	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,
den	Ersatzkassen Techniker Krankenkasse (TK) BARMER DAK – Gesundheit Kaufmännische Krankenkasse – KKH Handelskrankenkasse (hkk) HEK – Hanseatische Krankenkasse Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz

* Dieser Vertrag gilt für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK den BKK Landesverband Mitte beauftragt hat.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages 3
§ 2 Berechtigung zur Leistungserbringung 3
§ 3 Kündigung der Leistungsberechtigung/ Vertragsverstöße 4
§ 4 Qualifikationsanforderungen 5
§ 5 Verantwortliche Pflegefachkraft 6
§ 6 Fachliche Anforderung 7
§ 7 Personelle Mindestbesetzung 8
§ 8 Fort- und Weiterbildung 9
§ 9 Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege 9
§ 10 Leistungsgrundlagen 10
§ 11 Inhalt und Umfang der Leistungserbringung 11
§ 12 Weitere Voraussetzungen 11
§ 13 Betriebseinrichtung 12
§ 14 Vermittlungsverbot 13
§ 15 Datenschutz / Schweigepflicht 13
§ 16 Vergütung 14
§ 17 Zahlungsfrist und Datenträgeraustausch (DTA) 14
§ 18 Schiedsperson 15
§ 19 Inkrafttreten und Kündigung 15
§ 20 Salvatorische Klausel 16
Anlagen 17

§ 1

Gegenstand des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die Versorgung von Versicherten mit Häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V.

(2) Für Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Intensiv- und Beatmungspflege auf Grundlage von § 37 SGB V sollen gesonderte Vereinbarungen zwischen den Pflegediensten und den Krankenkassen geschlossen werden. In diesen gesonderten Vereinbarungen können insbesondere personelle, fachliche und organisatorische Anforderungen vereinbart werden. Eine Vereinbarung über die Vergütung der vorgenannten Leistungserbringung ist zu schließen.

§ 2

Berechtigung zur Leistungserbringung

(1) Die Erbringung von häuslicher Krankenpflege setzt eine Berechtigung zur Leistungserbringung (im Weiteren Leistungsberechtigung) voraus. Diese soll grundsätzlich erteilt werden, wenn vor der Leistungserbringung bei der zuständigen Krankenkasse / dem zuständigen Landesverband der Krankenkassen

a) die Beitrittserklärung nach Anlage 1 unterzeichnet wurde und,
b) die in § 12 dieses Vertrages genannten Unterlagen der jeweiligen Krankenkasse / dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen vollständig vorliegen.

(2) Pflegedienste, die bis zum Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages bereits einen Vertrag nach § 132a SGB V abgeschlossen haben, sind leistungsberechtigt, sobald die Anlage 1 (Beitrittserklärung) der jeweiligen Krankenkasse / dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen vorliegt und deren Eingang von der Krankenkasse / dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen bestätigt wurde.

(3) Anträge zur Erteilung einer Leistungsberechtigung sind vom Betriebsinhaber an die in der Anlage 2 genannten Krankenkassen / Landesverbände der Krankenkassen zu senden.

(4) Für räumlich getrennte Filialen, Außenstellen und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus häusliche Krankenpflege erbracht wird, ist eine gesonderte Berechtigung zur Leistungserbringung nach Abs. 1 erforderlich. Dies ist auch dann erforderlich, wenn die Filialen, Außenstellen und Nebenstellen rechtlich nicht selbständig und organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden sind. Lagerräume oder interne Besprechungsräume, von denen aus regelmäßig keine Pflege erbracht wird, gelten nicht als Filialen, Außenstellen und Nebenstellen.

§ 3

Kündigung der Leistungsberechtigung / Vertragsverstöße

(1) Die Leistungsberechtigung kann von jedem diesem Rahmenvertrag beigetretenen Leistungserbringer bzw. der Krankenkasse / dem Landesverband der Krankenkassen mit einer Frist von 12 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden, wenn die gesetzlichen oder vertraglichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

(2) Der Pflegedienst ist verpflichtet, die von ihm versorgten Versicherten und die jeweiligen Krankenkassen der Versicherten unverzüglich über eine Beendigung des Vertragsverhältnisses zu informieren.

(3) Bei Verstößen gegen Vertragspflichten können die Vertragspartner eine Verwarnung bzw. Abmahnung aussprechen. Im Falle von wiederholten vorsätzlichen oder schweren Vertragsverstößen kann die Krankenkasse / der Landesverband der Krankenkassen die Leistungsberechtigung fristlos kündigen.

(4) Als schwere Vertragsverstöße gelten insbesondere:

- Grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Patienten oder der Krankenkasse, sodass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist, dies gilt insbesondere dann,
  - wenn ein Patient infolge grober Pflichtverletzung gesundheitlichen Schaden erleidet,
  - wenn verordnete Leistungen nicht erbracht und gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden oder
  - wenn der Pflegedienst Pflegeaufträge annimmt und gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile an Dritte weitergibt (Vermittlung),
  - wenn nicht nur vorübergehend (länger als drei Monate) die fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen nach §§ 5-8 dieses Vertrages nicht erfüllt werden. In besonders begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse / der Landesverband der Krankenkassen von Sanktionen absehen,
  - wenn Straftaten vorliegen, die einer Tätigkeit im Bereich der ambulanten Pflege entgegenstehen.
- Forderung bzw. Annahme von Zahlungen von Versicherten für vertragsärztlich verordnete und von der Krankenkasse genehmigten Leistungen.

(5) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus dem Vertrag gem. § 132a Abs. 4 SGB V, ist der Leistungserbringer schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X werden angewandt. Er hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Schreibens Folge zu leisten. Der Leistungserbringer ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.

(6) Schadenersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.

§ 4

Qualifikationsanforderungen

(1) Häusliche Krankenpflege wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, welche die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger (ehemals: Krankenschwester / Krankenpfleger), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (ehemals: Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger) bzw. „Altenpflegerin / Altenpfleger" nach den Bestimmungen der entsprechenden Berufsgesetze in der jeweils gültigen Fassung haben.

(2) Die Pflegekräfte dürfen nur Leistungen erbringen, für die sie nach der entsprechenden Ausbildung qualifiziert sind. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Leistungen. Der Leistungserbringer haftet für die Mitarbeiter in der gleichen Weise wie für sich selbst. Er hat sich den erforderlichen Überblick über den Ablauf der vertraglichen Leistungen zu verschaffen. Darüber hinaus trägt der Leistungserbringer die fachliche Verantwortung für seine Mitarbeiter.

(3) Sofern der ambulante Pflegedienst Leistungen gem. Ziffer 24a (Symptomkontrolle) der Anlage 3 dieses Rahmenvertrages erbringt sind mindestens folgende personelle Voraussetzungen nachzuweisen:

- Die fachlich verantwortliche Pflegefachkraft muss über eine Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden verfügen.
- Alle weiteren Pflegefachkräfte, die diese Leistung erbringen, müssen mindestens einen Palliativ-Care-Basis-Kurs im Umfang von 40 Stunden erfolgreich abgeschlossen haben.
- Die Kurse müssen durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) oder eine vergleichbare Institution zertifiziert sein.

§ 5

Verantwortliche Pflegefachkraft

(1) Die vom ambulanten Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen.

(2) Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u.a. verantwortlich ist für

a) die Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen
b) die Umsetzung des Pflegekonzeptes des Pflegedienstes
c) die fachliche Koordination der Häuslichen Krankenpflege im Rahmen der ärztlichen Ver- und Anordnung in dem für diese Leistungen gebotenen Umfang
d) die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
e) die Einsatzplanung der Pflegekräfte
f) die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des ambulanten Pflegedienstes.

(3) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, welche die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger (ehemals Krankenschwester / Krankenpfleger), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (ehemals: Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger)" bzw. „Altenpflegerin / Altenpfleger" nach den Bestimmungen der entsprechenden Berufsgesetze in der jeweils gültigen Fassung haben.

(4) Hat sich ein Pflegedienst auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert, die dem Grunde nach zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 53 SGB XII gehören, kann die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. der stellvertretenden Pflegefachkraft durch eine Heilerziehungspflegerin / einen Heilerziehungspfleger ausgeübt werden, sofern die jeweils andere Funktion (verantwortliche Pflegefachkraft bzw. stellvertretende Pflegefachkraft) durch eine Fachkraft mit einer Qualifikation nach Abs. 3 wahrgenommen wird.

(5) Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Abs. 3 oder 4 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde, grundsätzlich sollen davon mindestens neun Monate auf den ambulanten Bereich entfallen.

(6) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation)
- Betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen
- Psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie
- die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation)

Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20 % oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

(7) Die verantwortliche Pflegefachkraft soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5 Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt.
Die verantwortliche Pflegefachkraft darf zugleich auch als solche bei dem gleichen ambulanten Pflegedienst nach dem SGB XI tätig sein. Die Regelungen des § 72 Abs. 2 SGB XI bleiben davon unberührt.

(8) Die Voraussetzungen des Abs. 7, Sätze 1 bis 3 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin / Eigentümer oder Gesellschafterin / Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen ambulanten Pflegedienst bezieht.
Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.

(9) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt, bezogen auf den Berufsabschluss die gleichen Voraussetzungen wie die verantwortliche Pflegefachkraft (s. Absätze 3-4). Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.

§ 6

Fachliche Anforderung

An folgende Berufsgruppen können abweichend von „§ 4 Qualifikationsanforderungen" Leistungen der Behandlungspflege delegiert werden, wenn dies in der Spalte „Qualifikationsanforderung" des jeweils gültigen Leistungsverzeichnisses und der Gebührenvereinbarung angegeben ist:

1. Einjährig examinierte Krankenpflegehelferinnen / Krankenpflegehelfer bzw. Altenpflegehelferinnen / Altenpflegehelfer mit staatlicher Anerkennung

2. Schülerinnen / Schüler, die nach der neu eingerichteten Stufenausbildung in der Altenpflege in Rheinland-Pfalz ab dem 01.08.2004 mit der 3-jährigen Ausbildung zur / zum Altenpflegerin / Altenpfleger begonnen haben. Voraussetzung ist, dass die Schülerinnen / Schüler der Altenpflege nach dem 1. Ausbildungsjahr durch ein entsprechendes

Jahreszeugnis bei mindestens ausreichenden Leistungen nachweisen können, dass sie über die gleiche fachliche Qualifikation verfügen, die die Schülerinnen / Schüler der Fachschule Altenpflegehilfe nach erfolgreicher Abschlussprüfung erworben haben.

3. Medizinische Fachangestellte bzw. medizinischer Fachangestellter (ehemals: Arzthelfer/-in) nach den Bestimmungen der entsprechenden Berufsgesetze in der jeweils geltenden Fassung mit bestandener Abschlussprüfung laut Prüfungsordnung der Landesärztekammer.

Für den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten gelten die Regelungen der Anlage 5 zu diesem Rahmenvertrag

§ 7

Personelle Mindestbesetzung

(1) Vom Leistungserbringer sind als Mitarbeiter mindestens zu beschäftigen:

a) eine vollzeitlich tätige verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des § 5

b) zusätzliche weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte im Sinne des § 4 Abs. 1, deren Arbeitszeit in der Summe zwei Vollzeitkräften entspricht; geringfügig Beschäftigte werden bei der Summenbildung anteilig berücksichtigt.

c) zur Sicherstellung der personellen Mindestbesetzung, Personal für Vertretungen (bei nicht nur vorübergehendem Ausfall), wobei das Vertretungspersonal die gleiche Qualifikation zu erfüllen hat, wie das Stammpersonal. Nicht nur vorübergehend ist ein Ausfall, wenn absehbar ist, dass er länger als sechs Wochen andauern wird. In diesem Fall ist spätestens nach Ablauf dieser sechs Wochen eine Vertretung durch den Pflegedienst sicherzustellen. Ist dies dem Pflegedienst ausnahmsweise nicht möglich, hat dieser die zuständige Krankenkasse / den zuständigen Landesverband der Krankenkassen mit Begründung unverzüglich zu informieren und einen Ablaufplan einzureichen. Sofern der Pflegedienst nachweisen kann, dass er entsprechende Bemühungen zur Vorhaltung des Vertretungspersonals unternommen hat (z.B. Stellenanzeigen, Kontakt zur Bundesarbeitsagentur), ist der o.g. Zeitraum um mindestens sechs Wochen zu verlängern.

(2) Der Anteil geringfügig Beschäftigter soll, bezogen auf den Beschäftigungsumfang des nach diesem Vertrag eingesetzten Personals, 20 % nicht überschreiten

(3) Die Leistungserbringung durch ehrenamtlich beschäftigte Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

(4) Der Einsatz freier Mitarbeiter ist grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn die personelle Mindestbesetzung entsprechend § 7 Abs. 1 c) oder die Behandlung der zu versorgenden Versicherten im Einzelfall anderweitig nicht sichergestellt werden kann und die jeweilige Krankenkasse / Landesverband der Krankenkasse dem Einsatz zugestimmt hat. Pro Vertretungsfall darf der Einsatz freier Mitarbeiter einen Zeitraum von längstens sechs Wochen nicht überschreiten.

§ 8

Fort- und Weiterbildung

(1) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Qualifikation der Leitung und aller in der häuslichen Krankenpflege nicht nur vorübergehend (länger als drei Monate im Kalenderjahr) tätigen Mitarbeiter auf Grund von Einarbeitungskonzepten und durch geplante funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung im Umfang von acht Stunden pro Mitarbeiter /-in und Kalenderjahr sicherzustellen. Dazu erstellt der Träger einen schriftlichen Fortbildungsplan, der vorsieht, dass alle in der häuslichen Krankenpflege tätigen Mitarbeiter entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildungen einbezogen werden. Das Fachwissen der Leitung und der Mitarbeiter ist regelmäßig zu aktualisieren. Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

(2) Auf Anforderung ist der Krankenkasse / dem Landesverband der Krankenkasse innerhalb eines Monats für maximal zwei Jahre rückwirkend ein Nachweis über die durchgeführten Fort- und Weiterbildungen der zum Zeitpunkt des Nachweises beschäftigten Mitarbeiter vorzulegen. Wird der Nachweis innerhalb dieser Frist nicht erbracht, so wird die Vergütung von den Krankenkassen ab Feststellung des Versäumnisses bis zur Beseitigung des Mangels im ersten bis dritten Monat um 5 % und ab dem 4. Monat um 10 % gekürzt und eine Nachfrist von sechs Monaten eingeräumt. Kann der Pflegedienst innerhalb dieser Nachfrist die Nachweise nicht erbringen, ist der Vertrag zu kündigen.

(3) Abs. 2 gilt nicht für Fortbildungsmängel, bei denen im Zeitpunkt der Feststellung (Zustellung des Bescheides) der/die Mitarbeiter/-in wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht beschäftigt wird oder aus anderen Gründen (z.B. Mutterschutz mit anschließender Elternzeit, Krankheit, Sonderurlaub aus sonstigen wichtigen Gründen) voraussichtlich für die ersten drei Monate der Nachfrist nicht mehr im Pflegedienst beschäftigt wird. Wenn ein/e Mitarbeiter/-in innerhalb der Frist von drei Monaten wieder zurückkehrt, besteht für diese/n Beschäftigte/n eine Frist von einem Monat, um ggf. bestehende Fortbildungsversäumnisse nachzuholen.

§ 9

Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege

(1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes Dokumentationssystem anzuwenden, das eine übersichtliche und nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und verordnungsbezogenen Informationen ermöglicht.

(2) Der Pflegedienst erfasst die verordnungsbezogenen Informationen, die für eine ordnungsgemäße und sichere Durchführung der Leistungen erforderlich sind.

§ 10

Leistungsgrundlagen

(1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung des behandelnden Vertragsarztes; bis zur Entscheidung der Krankenkasse ergeben sich die zu erbringenden Leistungen aus der ärztlichen Verordnung. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sind für die Versicherten, Krankenkassen und die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich.

(2) Ist die Verordnung nicht eindeutig, unzureichend oder fehlerhaft ausgefüllt, wendet sich die Krankenkasse grundsätzlich an die ausstellende Ärztin / den ausstellenden Arzt zur diesbezüglichen Klärung.

(3) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen. Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Vertragsärztin / den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren.

(4) Gem. § 6 der HKP-RL übernimmt die Krankenkasse vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zum Zugang der Entscheidung über die Genehmigung, die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung und der Antrag (grundsätzlich 1.und 2. Seite) an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag, ggf. vorab per Fax oder elektronischen Datensatz der Krankenkasse vorgelegt wird (vorläufige Kostenzusage). Kosten für genehmigte und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen. Ist in begründeten Fällen, die nicht vom Pflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht.

(5) Die vorläufige Kostenzusage gilt nicht,

- wenn Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet wurden, es sei denn, die Satzung der Krankenasse sieht solche Leistungen vor,

- wenn Leistungen zu Lasten einer offensichtlich nicht zuständigen Krankenkasse verordnet wurden.

(6) Solange noch keine Entscheidung der Krankenkasse über die Genehmigung der verordneten Leistungen vorliegt, sind die Pflegedienste berechtigt, die erbrachten Leistungen auf Grundlage der unter Abs.4 beschriebenen Kostentragungspflicht monatlich abzurechnen. Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt des Zugangs der (teil-)ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer.

§ 11

Inhalt und Umfang der Leistungserbringung

(1) Der Pflegedienst ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie rund um die Uhr, bei Tag und Nacht, einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege selbst sicherstellt. Ein/e Ansprechpartner /-in des Pflegedienstes muss für die von ihm versorgten Patienten ständig telefonisch erreichbar sein. Eine ständige Erreichbarkeit ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder E-Mails zugesandt werden können.

(2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich ferner, die einzelnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsprechend des jeweils gültigen Leistungsverzeichnisses (Anlage 3) und der Gebührenvereinbarung (Anlage 4) zu erbringen. Soweit der Leistungserbringer die betrieblichen und organisatorischen Voraussetzungen nicht erfüllt, hat er die Versorgung abzulehnen.

(3) Eine aktuelle Patienten – Pflegedokumentation ist ständig zu führen und entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen aufzubewahren.

(4) Die Zugriffsmöglichkeit zur Pflegedokumentation beim Patienten (Kurzbericht) für eine Information insbesondere des Haus- und Notarztes ist zu gewährleisten.

§ 12

Weitere Voraussetzungen

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nachfolgend genannten Voraussetzungen zu gewährleisten und den Krankenkassen / Landesverbänden der Krankenkassen nachzuweisen:

a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden und Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft

b) Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung von mindestens 50.000 € für Sachschäden und 1.000.000 € für Personenschäden. Die Versicherung ist regelmäßig an die Betriebsgröße anzupassen

c) polizeiliches Führungszeugnis gem. § 30 Bundeszentralregistergesetz (BZRG), die jeweils nicht älter als drei Monate sind, für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie die Leitung des Pflegedienstes und die Inhaber; die Vorlage beglaubigter Kopien ist ausreichend

d) Angaben über die Gesellschaftsform des Pflegedienstes und Name der Gesellschafter (z.B. Auszug aus dem Handelsregister)

e) beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 7

f) schriftliche Nachweise über die Beschäftigung und den Beschäftigungsumfang einschließlich Anmeldungen zur Sozialversicherung der in e) genannten Personen

g) Institutionskennzeichen des Pflegedienstes

Wesentliche Änderungen sind der zuständigen Krankenkasse / dem zuständigen Landesverband der Krankenkassen zeitnah bekannt zu geben. Der Pflegedienst bzw. dessen Träger hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation, Beschäftigungsumfang und Handzeichen vor. Der Pflegedienst ist verpflichtet, auf Anforderung einer Krankenkasse / eines Landesverbandes der Krankenkassen diese Liste den Anfordernden zuzusenden.

§ 13

Betriebseinrichtung

(1) Alle in der häuslichen Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet, gereinigt und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Der Pflegedienst hat

a) eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
b) eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.

(2) Der Pflegedienst ist verpflichtet für die Akutversorgung insbesondere folgende Grundausstattung vorzuhalten:

- Pflegekoffer / Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Schere, Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhe
- Blutzuckermessgerät einschließlich Teststreifen und Lanzetten
- Verbandskompressen steril
- Einmalkanülen und –spritzen, Penkanülen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial
- Krankenunterlagen, aufsaugende Inkontinenzartikel
- Urinbeutel

Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31,33 SGB V bleiben unberührt.

(3) Mit denen im Leistungsverzeichnis (Anlage 3) und der Gebührenvereinbarung (Anlage 4) genannten Gebühren sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Verrichtungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten (u.a. auch die Sterilisation der bei der Pflege verwendeten Geräte). Dies gilt nicht für ärztlich verordnete Arzneien, Verbandsmaterialien und sonstige Heil- und Hilfsmittel.

(4) Folgende Materialien und Gerätschaften sind vom ambulanten Pflegedienst zu stellen und sind mit der Vergütung abgegolten:

- Einmal-Insulinkanülen (PEN Sicherheitskanülen)
- Einmalspritzen 2ml, 5ml, 10 ml
- Einmalkanülen Nr. 1, Nr. 2; Nr. 12 (Sicherheitskanülen)

- Einmal-Alkoholtupfer oder Sprühdesinfektionsmittel
- Verbandskompressen unsteril 10x 10cm
- Verbandrollenpflaster 2,5 cm
- Klebevlies 10 cm
- Mullbinden
- Blutzuckerteststreifen, Lanzetten
- Pinzetten steril
- Einmal-Handschuhe steril
- Einmal-Handschuhe unsteril

§ 14

Vermittlungsverbot

(1) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist ausgeschlossen und gilt als Verstoß gem. § 3 dieses Vertrages.

(2) Vermittlung i.S. dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 15

Datenschutz / Schweigepflicht

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGBVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und Datensicherzeit gem. Art.32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

(2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten, wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist.

(3) Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt

(4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet gemäß Art.9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden, sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis).

(5) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin / des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht.

(6) Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

(7) Für die kirchlichen Leistungserbringer gilt ergänzend das kirchliche Datenschutzrecht (KDG, DSG-EKD) in Verbindung mit Art.91 EU-DSGVO

§ 16

Vergütung

(1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis (Anlage 3) und der Gebührenvereinbarung (Anlage 4)

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die benötigten Verbrauchshilfsmittel gemäß § 13 Abs. 4 für die jeweils verordnete Leistung zu stellen.

(3) Die Preise der Gebührenvereinbarung gelten auch dann, wenn die Krankenkasse im Ausnahmefall aus versicherungsrechtlichen Gründen nur einen Teil der Leistungen vergütet. Den Versicherten werden in solchen Fällen nur die nicht übernommenen Leistungen höchstens im Rahmen der vereinbarten Vergütungssätze berechnet. Im Übrigen dürfen Zuzahlungen nicht gefordert werden.

§ 17

Zahlungsfrist und Datenträgeraustausch (DTA)

(1) Die Richtlinien des Spitzenverbandes 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.
Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse zu begleichen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Die vollständigen Unterlagen umfassen den elektronisch übermittelten DTA-Datensatz sowie die in Papier übersendeten Leistungsnachweise im Original und einen Begleitzettel.

Der/die Versicherte oder sein/e Betreuer/in oder sein/e Bevollmächtigte/r bestätigt am Monatsende auf dem Leistungsnachweis durch Unterschrift unter Angabe des Datums den sachlichen und zeitlichen Zusammenhang der Leistungserbringung.

Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen. In diesem Fall, der entsprechend auf dem Leistungsnachweis zu kennzeichnen und zu begründen ist, kann das Unterschriftenfeld freibleiben.

(2) Pflegedienste, die die Leistungen mittels mobiler Datenerfassung erheben, können alternativ einen elektronisch erstellten Leistungsnachweis anstelle des per Hand erstellten Leistungsnachweises führen. Die Voraussetzung ist ein sicheres Verfahren der mobilen Leistungserfassung, das folgende Kriterien erfüllt:

- jede erbrachte Leistung muss einzeln erfasst sein
- die Datenerfassung muss mitarbeiterbezogen erfolgen
- nachträgliche Änderungen müssen im System nachvollzogen werden können
- die Daten können im Rahmen von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen jederzeit vom MDK, dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. oder einem sonstigen von der Pflegekasse beauftragten Prüfer eingesehen werden. Der Absatz 1 Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Nach Ablauf von 12 Monaten kann gegenüber dem Pflegedienst keine Rückforderung erhoben werden.

(3) Nach Ablauf von 12 Monaten seit Abgabe der Leistungen kann von der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Versicherten keine Vergütung mehr gefordert werden.

(4) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden; dies gilt nicht in Fällen einer vorsätzlichen und grob fahrlässigen ungerechtfertigten Bereicherung sowie in Fällen, in denen eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen zu Grunde liegt.

§ 18

Schiedsperson

Das Nähere zur Schiedsperson ergibt sich aus der gesetzlichen Regelung des § 132 a SGB V.

§ 19

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2019 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(3) Für die Anlagen gelten die dort ggf. geregelten Kündigungsfristen.

(4) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern. Dazu bedarf es der Schriftform.

(5) Bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages gelten die Bestimmungen dieses Rahmenvertrages unverändert weiter.

§ 20

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hiermit die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Eisenberg, Frankfurt, Kassel, Mainz, Saarbrücken, Wiesbaden den 03.06.2019

ABVP
Arbeitgeber- und BerufsVerband Privater Pflege e.V.
Geschäftsstelle West
Kaiser-Friedrich-Ring 32 · 65185 Wiesbaden
Telefon (0511) 515 111-150
Telefax (0511) 515 111-[illegible]

Arbeitgeber- und Berufsverband
Privater Pflege e.V., Wiesbaden

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland
Die Gesundheitskasse, Eisenberg

Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt

---

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

---

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

---

IKK Südwest, Saarbrücken
auch in Vertretung der im Rubrum genannten anderen Innungskrankenkassen

---

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung, Rheinland-Pfalz, Mainz

§ 20

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hiermit die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Eisenberg, Frankfurt, Kassel, Mainz, Saarbrücken, Wiesbaden den 03.06.2019

Arbeitgeber- und Berufsverband
Privater Pflege e.V., Wiesbaden

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland
Die Gesundheitskasse, Eisenberg

Bundesverband
Ambulante Dienste und
stationäre Einrichtungen (bad) e.V.
Geschäftsstelle Mitte

Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt

---

BKK Landesverband Mitte,
Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

---

IKK Südwest, Saarbrücken
auch in Vertretung der im Rubrum genannten anderen Innungskrankenkassen

---

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung, Rheinland-Pfalz, Mainz

§ 20

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hiermit die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Eisenberg, Frankfurt, Kassel, Mainz, Saarbrücken, Wiesbaden den 03.06.2019

Arbeitgeber- und Berufsverband
Privater Pflege e.V., Wiesbaden

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland
Die Gesundheitskasse, Eisenberg

Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt

---

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

---

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

DRUCK MUSS GELÖSCHT WERDEN!
Geschäftsstelle Mainz
Gonsenheimer Straße 56a | 55126 Mainz
Fon 06131/61955-0 | Fax 06131/61955-20
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

IKK Südwest, Saarbrücken
auch in Vertretung der im Rubrum genannten anderen Innungskrankenkassen

---

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung, Rheinland-Pfalz, Mainz

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel

Anlagen

1. Beitrittserklärung
2. Anschriften der Krankenkasse bzw. Landesverbände
3. Leistungsverzeichnis
4. Gebührenvereinbarung
5. Vereinbarung zum Einsatz von Medizinischen Fachangestellten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege

Anlage 1 (Beitrittserklärung) zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gem. § 132a Abs. 4 SGB V mit ABVP, bad und VDAB vom 03.06.2019
(In Kraft ab 01.07.2019)

Beitrittserklärung

Hiermit erklären wir gem. § 2 des Rahmenvertrages über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gem. § 132a Abs. 4 SGB V mit ABVP, bad und VDAB vom 01.07.2019 unseren Beitritt und verpflichten uns, zu den Bedingungen des Rahmenvertrages einschließlich dessen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung tätig zu werden.

Der Beitritt zum Rahmenvertrag nach § 132a Abs.4 SGB V wird mit dem in der Leistungsberechtigung genannten Datum wirksam. Der Beginn der Leistungsberechtigung ist abhängig von der Vorlage der Beitrittserklärung sowie aller erforderlichen Unterlagen gemäß § 12 des Rahmenvertrages. Bei vollständiger Einreichung aller Unterlagen, ist die Leistungsberechtigung spätestens nach Ablauf von 6 Wochen zu erteilen.

Pflegedienste, die bis zum Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages bereits einen Vertrag nach § 132a SGB V abgeschlossen haben, sind leistungsberechtigt, sobald diese Beitrittserklärung der jeweiligen Krankenkasse / dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen vorliegt und deren Eingang von der Krankenkasse / dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen bestätigt wurde.

Die bisherigen abgeschlossenen Verträge nach § 132a SGB V verlieren mit dieser Beitrittserklärung ihre Gültigkeit.

Name des Pflegedienstes:

IK-Nr. des Pflegedienstes:

Anschrift des Pflegedienstes:

Träger des Pflegedienstes und Anschrift (falls abweichend):

Mitglied im Verband (Kopie der Mitgliedsbescheinigung ist beizufügen):

Ort, Datum Unterschrift

Anlage 2 zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gem. § 132a Abs. 2 SGB V mit ABVP, bad und VDAB vom 03.06.2019 (In Kraft ab 01.07.2019)

Gemäß § 2 Abs.1 b) und Abs. 3 sind die Unterlagen zur Antragstellung an folgende Krankenkassen / Landesverbände der Krankenkassen zu übersenden:

Krankenkasse bzw. Landesverband	Anschrift
AOK Rheinland-Pfalz /Saarland – Die Gesundheitskasse	AOK Rheinland-Pfalz / Saarland Die Gesundheitskasse Verträge Pflege und Demografie Virchowstr. 30 67304 Eisenberg
BKK Landesverband Mitte	BKK-Landesverband Mitte Rheinland-Pfalz Referat Pflege Essenheimer Str. 126 55128 Mainz
IKK Südwest	IKK Südwest Referat Pflege Isaac-Fulda-Allee 7 55124 Mainz
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)	Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Rheinland-Pfalz Referat Pflege Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22 55130 Mainz

Leistungsverzeichnis
für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V

Grundlage: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege" nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V,

Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfähig.
Die Vertragspartner stimmen überein, dass in der Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung zu diesem Vertrag – aufgrund zahlreicher ungeklärter Rechtsfragen – keine Regelung bezüglich Umsetzung und Vergütung für pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität enthalten sind, außer bei Leistungen der Grundpflege nach SGB V.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
1.	**Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit** Beratung und Kontrolle der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z. B. bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens, wie Lagern, Körperpflege).	Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können	1. Anleitung bis zu 5 x verordnungsfähig	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
2.-5.	**Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege)** **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung § 37 1a SGB V (Unterstützungspflege)**	Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden. Die Unterstützungspflege umfasst die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung entsprechend den Nr. 1-5 des Leistungsverzeichnisses. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können nur mit Leistungen der Grundpflege verordnet werden. Leistungen der Grundpflege können auch ohne Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung verordnet werden.	2. Die Leistung Grundpflege kann insgesamt für maximal 3 Einsätze täglich abgerechnet werden. Leistungen Grundpflege und Hauswirtschaft sind insgesamt bis zu max. 4 x täglich abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger/, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres, Medizinische Fachangestellte
2.	**Ausscheidungen:**	siehe Stomabehandlung (Nr. 28)		

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	Ausscheidungen, Hilfe beim Ausscheiden und der Beseitigung von Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und auch Mageninhalt, z.B.	siehe Einlauf, Klistier, Digitale Enddarmausräumung (Nr. 14)		
	- Verwendung von Inkontinenzprodukten (z. B. Vorlagen, Condomurinal)	Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung.		
	- Reinigung des Harnröhrenkatheters (Reinigung des Katheters und der Harnröhrenöffnung, ggf. Abstöpseln in zeitlich festgelegten Intervallen)	siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (Nr. 29 bzw. 29a.)		
	- Wechsel des Katheterbeutels	siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27)		
	- Reinigung und Versorgung des Urostoma	siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)		
	- Reinigung und Versorgung des Anus-praeter **Kontinenztraining, Toilettentraining** (Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan). Die Uhrzeiten sind in einem Erfassungsbogen zu dokumentieren.			
	- der **Harnblase**. Die Blasenentleerungszeiten sind im Abstand zur Einnahme von Flüssigkeit je nach Gewohnheit der Patientin oder des Patienten einzupendeln, anfänglich mindestens zweistündlich. Angestrebt wird eine viermalige Blasenentleerung pro Tag.			
	- des **Enddarms**. Die Darmentleerungszeiten sind je nach Gewohnheit der Patientin oder des Patienten einzupendeln.			
	gegebenenfalls einschließlich			
	- pflegerischer Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von z. B. Kontrakturen, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),			
	- Dekubitusprophylaxe, wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),			
	- Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),	Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.		
	- Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	immobilen Patienten, Lagern, Allgemeine Bewegungsübungen).			
3.	**Ernährung beinhaltet:** **Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei Sondennahrung, Verabreichen von,** über Magensonde, Katheter-Jejunostomie (z. B. Witzel-Fistel), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe, Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation, ggf. Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems, **gegebenenfalls einschließlich** - pflegerische Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo), - Dekubitusprophylaxe, wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr), - Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln), - Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).	siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26) Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.		

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
4.	**Körperpflege beinhaltet:** - **Duschen, Baden, Waschen** (auch von Augen, Ohren, Nase), Mund-, Zahn-, Lippen- und Hautpflege, Rasur, Haar- und Nagelpflege, - **ggf. Pflege einer Augenprothese,** - **ggf. Mundpflege als Prophylaxe** bei abwehrgeschwächten und/oder im Allgemeinzustand stark reduzierten Patientinnen und Patienten, - **An- und/oder Auskleiden** (Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- und Ausziehen der Kleidung, von Strümpfen, von Strumpfhosen, von konfektionierten / teilkonfektionierten / maßgefertigten Bandagen, das An- und Ablegen von Prothesen, von Orthesen, von Stützkorsetts, von Bruchbändern etc.) - **gegebenenfalls einschließlich** - pflegerische Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo), - Dekubitusprophylaxe, wenn Hautdefekt noch nicht besteht (z. B. wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr), - Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln), - Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, Allgemeine Bewegungsübungen).	Kosmetische Maßnahmen im Sinne der Schönheitspflege sind keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Hornhautpflege mit künstlicher Tränenflüssigkeit, z. B. bei fehlendem Lidschluss soweit keine Augenerkrankung vorliegt, ist eine prophylaktische Maßnahme. Gabe von Augentropfen/-salben siehe Medikamentengabe (Nr. 26) Die Augenspülung ist eine ärztliche Leistung. Zu Kompressionsstrümpfen ab Klasse I siehe Verbände (Nr. 31). Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.		

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
5.	**Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet:** Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung). Grundreinigung ist auf die Unterhaltsreinigung beschränkt, die aufgrund der eingeschränkten Selbstversorgung erforderlich ist (keine Komplettreinigung der Wohnung).	Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Unterstützungspflege (§37 Abs. 1a SGB V) können nur zusammen mit Leistungen der Grundpflege verordnet werden.	2. Einsatz mind. 15 Min., max. 1,5 h am Tag, max. 6 h /Woche	auch hauswirtschaftliche Kräfte

Leistungen der Behandlungspflege

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
6.	**Absaugen** **I) Absaugen der oberen Luftwege** Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen, z.B. bei schwerer Emphysembronchitis, Aids, Mukoviszidose, beatmeten Patientinnen oder Patienten.		2. Wird neben dem Absaugen gleichzeitig der Wechsel der Trachealkanüle verordnet, so erfolgt die Abrechnung nach Nr. 29.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	II) Bronchialtoilette (Bronchiallavage) Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patientinnen oder Patienten, z.B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.			Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
7.	**Anleitung bei der Behandlungspflege** Beratung und Kontrolle der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z. B. Blutzuckerkontrolle).	Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.	1. bis zu 10 x Anleitung verordnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
8.	**Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung** Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen (z. B. hohe Querschnittslähmung, Zustand nach Schädel-Hirntrauma); Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes, ggf. Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O2-Zellen).			Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
9.	**Blasenspülung** Einbringen einer Lösung unter sterilen Kautelen mittels Blasenspritze oder Spülsystem durch einen Dauerkatheter in die Harnblase, Beurteilen der Spülflüssigkeit.	Blasenspülungen sind nur verordnungsfähig bei durchflussbehinderten Dauerkathetern infolge Pyurie oder Blutkoageln. Bei Blasenspülungen sind Blaseninstillationen Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. siehe Instillation (Nr. 20)	1. bis zu 3 Tage 3. Nicht neben Nr. 20 (Instillation) und Nr. 23 (Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins) abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
10.	**Blutdruckmessung** bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus	24-h-Blutdruckmessungen mittels Dauermessgerät sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Die Häufigkeit der Blutdruckmessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.	1. bis zu 7 Tage 2. Nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
11.	**Blutzuckermessung** Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer) - bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettenpflichtig) - bei Fortsetzung der sog. **Intensivierten Insulintherapie** Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes des kapillaren Blutes mittels Testgerät inklusive der ggf. erforderlichen Insulininjektionen (nach ärztlichem Behandlungsplan / Schema)	Routinemäßige Dauermessungen sind nur zur Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie verordnungsfähig. Bei der Folgeverordnung ist der HbA 1c – Wert zu berücksichtigen. Nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, das kapillare Blut zu entnehmen, auf den Teststreifen zu bringen und das Messergebnis abzulesen oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie das kapillare Blut nicht entnehmen und auf den Teststreifen bringen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, das kapillare Blut entnehmen und auf den Teststreifen bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Diagnostik nicht sichergestellt ist oder	1. bis zu vier Wochen bis zu 3 x tägl. 2. Sofern im Rahmen der intensivierten Insulintherapie wegen niedrigen Blutzuckers die anschließende Insulininjektion nicht verabreicht wird, ist die Blutzuckermessung als alleinige Leistung abrechnungsfähig. 3. Neben der intensivierten Insulintherapie sind Nr. 18 (Insulininjektion) und Nr. 19 (Richten von Insulin-Injektionen) nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Die Häufigkeit der Blutzuckermessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.		
12.	**Dekubitusbehandlung** Verordnungsvoraussetzungen: - mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung - Versorgung durch Wundreinigung/ Wundverbände (z. B. Feuchtverband, Hydrokolloidverband, Hydrogelverband) - wirksame Druckentlastung	Bei der Verordnung ist der Dekubitus (Lokalisation, Grad, Größe) sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren. Ziel der Dekubitusbehandlung ist die Wundheilung. Die Erstverordnung ist in Abhängigkeit von Art und Umfang des Dekubitus bis zu 3 Wochen auszustellen. Vor der Folgeverordnung hat die Ärztin oder der Arzt das Pflegeprotokoll auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Dekubitustherapie unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Die Frequenz der Druckentlastung richtet sich nach dem Fortgang der Wundheilung (z. B. alle 2 Stunden). Die Lagerung von Dekubituspatientinnen und Dekubituspatienten soll nach Möglichkeiten - ggf. nach Anleitung - von Angehörigen übernommen werden. Zur Dekubitusbehandlung ist der Verbandwechsel Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Dekubitusbehandlungen, deren räumliche Entfernung voneinander einen gesonderten	**3.** Neben Nr. 12 (Dekubitusbehandlung) ist für dieselbe Stelle die Nr. 31 (Wundverbände) nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		abschließenden Verband erfordern, sind jeweils gesondert nebeneinander abrechnungsfähig.		
13.	**Drainagen, Überprüfen, Versorgen** Überprüfen von Lage, Sekretfluss sowie von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.		**1.** 1-2 x tägl.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
14.	**Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung** bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig: Ausnahme bei Tumorleiden, bei Megakolon, bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei neurogenen Darmlähmungen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, vor diagnostischen Eingriffen.	**1.** bis zu 2 x wöchentlich **3.** Neben Nr. 14 ist Nr. 20 (als Darminstillation) nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	I) Einlauf			
	II) Klistier / Klysma			
	III) digitale Enddarmausräumung		**1.** einmalige Leistung	
15.	**Flüssigkeitsbilanzierung** Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrierten Gefäßen, ggf. inkl. Gewichtskontrolle, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang zur Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes bei dessen beginnender Dekompensation.	Routinemäßige Flüssigkeitsbilanzen sind nicht verordnungsfähig. Diese Leistung erstreckt sich jeweils über 24 Stunden und ist als eine Leistung anzusehen. Ergebnisse sind gemäß ärztlichem Behandlungsplan zu würdigen, Verlaufsprotokolle sind immer zu führen und durch die Ärztin oder den Arzt auszuwerten. Sie ist nur gesondert verordnungsfähig, wenn keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und / oder beim Ausscheiden erbracht wird.	1. 1 x tägl., bis zu 3 Tage	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
16.	**Infusionen i. v.** Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.- Zu-	Verlaufsbogen erforderlich.	**1.** Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	gang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution, oder parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.	Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.		
	I) Infusionen, i. v. – Flüssigkeitssubstitution		**2.** Die Flüssigkeitssubstitution i. v. ist als alleinige Leistung i.d.R. max. zweimal täglich abrechnungsfähig (bspw. morgens Anhängen, abends Abhängen). Darüber hinaus muss dies aus der Verordnung hervorgehen. **3.** Die Flüssigkeitssubstitution i. v. ist nicht neben der Nr.16a Infusion s. c. abrechnungsfähig.	
	II) Infusionen, i. v. – parenterale Ernährung		**2.** Neben der parenteralen Ernährung ist die Flüssigkeitssubstitution i. V. max. 1x pro Tag abrechnungsfähig. **2.** Die parenterale Ernährung ist max. zweimal täglich abrechnungsfähig (bspw. morgens Anhängen, abends Abhängen). **3.**	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
16a	**Infusion; s. c. (Flüssigkeitssubstitution)** Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution; Kontrolle der Laufgeschwindigkeit und Füllmenge; Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung	Auf der Verordnung ist der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben. Indikation: Mittelschwere Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz (bei akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z.B. bei Fieber, Diarrhoe), mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten. Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten: - Schwere Dehydratation - Dekompensierte Herzinsuffizienz - Dekompensierte Niereninsuffizienz - Koagulopathien - Kreislaufschock - Langfristiger Flüssigkeitsbedarf - Finale Sterbephase - zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege - Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie	1. Bis zu 7 Tage 2. Anlegen, Anhängen, ggf. Wechseln 1 x tgl. Entfernen 1 x tgl. 3. Die Infusion s. c. ist nicht neben der Nr. 16 Infusion. abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	I) Anlegen, Anhängen, ggf. Wechseln einer ärztlich verordneten s. c. Infusion			
	II) Entfernen einer ärztl. verordneten s. c. Infusion			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
17.	**Inhalation** Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten, die mittels verordneter Inhalationshilfen (gemäß Hilfsmittelverzeichnis) als Aerosol oder als Pulver über die Atemwege inhaliert werden.	Inhalationshilfen gemäß Hilfsmittelverzeichnis sind: z.B. Aerosol- Inhalationsgeräte, Vernebler	1. Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates. 2. Pro Besuch einmal abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
18.	**Injektion** Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten (außer Injektionen –i. v.)		-	-
	I) Injektionen - i. v.	**Die i. v. Injektion ist eine ärztliche Leistung und demnach nicht verordnungsfähig.**	-	-
	II) Injektionen - i. m.		1. Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates 3. Injektionen an verschiedenen Körperstellen sind nebeneinander abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	III) Injektionen - s. c.	Die s. c. Injektion ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Injektion aufzuziehen, zu dosieren und fachgerecht zu injizieren oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Injektionen nicht aufziehen, dosieren und fachgerecht injizieren können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Injektion aufzuziehen, zu dosieren und fachgerecht zu injizieren (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Insbesondere bei Insulin- und Heparininjektionen ist vor der Verordnung dieser Leistung zu prüfen, ob eine eigenständige Durchführung mit Hilfe eines optimalen PEN/ Fertigspritze (Selbstapplikationshilfe) – ggf. auch nach Anleitung – möglich ist.	1. Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates 2. Injektionen an verschiedenen Körperstellen sind nebeneinander abrechnungsfähig 3. Bei einer ICT ist die Nr. 18 (Insulininjektion) nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, s. c. Injektionen von Insulin und Heparin auch: Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
19.	**Injektionen, Richten von** Richten von Injektionen zur Selbstapplikation.	Das Richten der Injektion ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. siehe Medikamentengabe (Nr. 26)	**2.** In besonderen Fällen als alleinige Leistung und pro Besuch einmal abrechnungsfähig. Das Aufziehen von mehreren Spritzen (Insulin-Pens) ist innerhalb eines Einsatzes nur einmal abrechnungsfähig." **3.** Bei einer ICT ist die Nr. 19 nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, s. c. Injektionen von Insulin und Heparin auch: Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
20.	**Instillation** Tropfenweises Einbringen von ärztlich verordneten flüssigen Medikamenten in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, Körperöffnungen).	Bei Blaseninstillationen sind Blasenspülungen Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. siehe Blasenspülung (Nr. 9)	**3.** Nr. 20 ist nicht neben Nr. 9 (Blasenspülung) und Nr. 23 (Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins) abrechnungsfähig. Nr. 20 ist als Darminstillation nicht neben Nr. 14 (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
21.	**Kälteträger, Auflegen von** Bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen.	Das Auflegen eines Kälteträgers ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, den Kälteträger vorzubereiten oder einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie den Kälteträger nicht vorbereiten und nicht an den Ort seiner Bestimmung führen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, den Kälteträger bereiten und an den Ort seiner Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder - Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sicher gestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig (siehe § 34 SGB V).	1. 1- 3 Tage 2. ist nur 1x pro Besuch abrechnungsfähig 3. Nr. 21 ist neben den Nr. 1 – 5 (Grundpflege) nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
22.	**Katheter, Versorgung eines suprapubischen** Verbandwechsel der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente. – Nach Neuanlage – Bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle	Versorgung eines suprapubischen bei reizlose Hautzuständen mit Ausnahme von Absatz 3 siehe Ausscheidung (Nr. 2) Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Erhaltung und Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung. Die Abdeckung oder der Wechsel der Abdeckung ist auch ohne Entzündungen mit Läsionen der Haut verordnungsfähig, wenn insbesondere durch erhebliche Schädigungen der mentalen Funktionen (z.B. Kognition, Gedächtnis, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, psychomotorische Unruhe) bedingte gesundheitsgefährdende Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter wirksam verhindert werden können, Dies muss aus der Verordnung hervorgehen	1. nach Neuanlage für bis zu 14 Tage 3. Neben der Nr. 22 ist für dieselbe Wunde keine Abrechnung der Nr. 28 (Stomabehandlung) möglich.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger <u>**Ohne Wundversorgung**</u> auch Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
23.	**Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins**			
	I) Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase.	Die Katheterisierung mit dem Ziel der Restharnbestimmung sowie das Einlegen und Wechseln eines suprapubischen Katheters sind ärztliche Leistungen, siehe Ausscheidungen (Nr. 2).	1. Dauerkatheterwechsel alle 3 - 4 Wochen 2. Das Entfernen eines Dauerkatheters ist bei einem Wechsel des Dauerkatheters nicht gesondert abrechnungsfähig 3. Nicht neben Nr. 9 (Blasenspülung) und Nr. 20 (Instillation) abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	II) Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patientinnen und Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters.	Die Schulungskatheterisierung ist bei Patientinnen und Patienten verordnungsfähig, die im Rahmen der vorhergehenden Behandlung nicht ausreichend geschult wurden und die Fähigkeit besitzen, die Selbstkatheterisierung zu erlernen.	**1.** max. 5 Tage	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	III) Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung	Die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung ist verordnungsfähig, wenn eine andere Methode der Harnableitung nicht zu besseren Ergebnissen führt bei Patientinnen und Patienten, die wegen - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- oder Feinmotorik oder - eingeschränkter Sehfähigkeit oder - einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder eines Realitätsverlusts oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit die Katheterisierung nicht erlernen oder nicht selbstständig durchführen können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	**3.** Nicht neben Nr. 9 (Blasenspülung) und Nr. 20 (Instillation) abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
24.	**Krankenbeobachtung spezielle**	**Abschluss einer Einzelvereinbarung notwendig.**		

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
24 a	**Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten** Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzerierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen Die Leistung Nummer 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.	Diese Leistung ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle entsprechend der vorliegenden Leistungsziffer in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden. Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert.	1. Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage. Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus möglich. 2. Weitere behandlungspflegerische Leistungen gem. diesem Leistungsverzeichnis sind neben Nr. 24a nicht abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger mit Zusatzqualifikation entsprechend des Vertrages

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nummer 24a nicht berührt. Die Nummer 24a ist jedoch nicht bei Patientinnen oder Patienten verordnungsfähig, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird (siehe auch § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V). Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen. Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben. Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verordnung der Leistungsziffer Nummer 24a nicht zu beachten. Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung z.B. durch einen ambulanten Hospizdienst oder Kinderhospizdienst unterstützt werden. Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.		

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
25.	**Magensonde, Legen und Wechseln** Legen und Wechseln einer Verweilsonde durch die Nase / den Mund zur Ableitung des Magensaftes oder zur Sicherstellung der enteralen Ernährung, wenn die normale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist.	siehe Ernährung (Nr. 3) siehe Ausscheidungen (Nr. 2)		Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
26.	**Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)**	Die Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Pflegedienste müssen vorliegende Informationen über die Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme oder sonstige Anwendungshinweise (vor dem Essen etc.) berücksichtigen. Entsprechende Informationen sind den ärztlichen Verordnungen und gegebenenfalls einem ärztlich ausgestellten Medikationsplan zu entnehmen.	1. Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates. Bei Folgeverordnungen ärztl. Begründung. Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalbefundes erforderlich.	
	I) Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, (Wochendispenser)	Das Richten der Arzneimittel erfolgt i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente	2. Einmal wöchentlich und	Gesundheits-/ Kranken- Kin-

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	wie z. B. Tabletten, für vom Arzt bestimmte Zeiträume.	wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.	nicht neben der Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten über den Magen Darmtrakt abrechnungsfähig. Sofern in Einzelfällen bei einem gerichteten Wochendispenser innerhalb des Zeitraumes, für welchen die Medikamente bereits gerichtet wurden, aufgrund einer ärztlichen Anordnung eine Änderung der Medikation stattfindet und damit ein weiterer Einsatz des Pflegedienstes erforderlich wird, kann die Korrektur des bereits gerichteten Wochendispensers einmalig zusätzlich abgerechnet werden	derkrankenpfleger, Altenpfleger
	I a) Richten von ärztlich verordneten Medikamenten (Tagesdispenser)	Das Richten der Arzneimittel erfolgt i.d.R. täglich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob	2. Einmal täglich und nicht neben der Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	wie z. B. Tabletten, für vom Arzt bestimmte Zeiträume.	die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden. Vor der Leistung „Tagesdispenser" ist die Möglichkeit des Einsatzes eines Wochendispensers zu prüfen.	über den Magen Darmtrakt abrechnungsfähig. Daneben ist I. (Wochendosette) nicht abrechnungsfähig. Die Abrechnung der Pos. I a ist nur dann möglich, wenn der Versicherte mindestens 2x täglich Medikamente erhält. Bei einer 1x tgl. Medikamentengabe ist Pos. II abrechenbar.	Diese Leistung ist auf die Laufzeit von 18 Monaten (01.07.2019 -31.12.2020) begrenzt und wird im Rahmen einer internen Studie von Kostenträgern und Leistungserbringern evaluiert.
	II) Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für vom Arzt bestimmte Zeiträume	Die Verabreichung beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente. **Vor der Leistung „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten" ist die Möglichkeit des Einsatzes eines „Tagesdispenser" zu prüfen.**		Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
	über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde) oder - über die Haut- Schleimhaut - über die Atemwege	Dazu gehört auch die Gabe von Vaginalsuppositorien oder Medikamentenpflaster (Transdermale therapeutische Systeme- TTS) z.B. Nasenspray, Dosieraerosole ohne Einsatz eines Hilfsmittels gem. Hilfsmittelverzeichnis	**2.** Ist nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig. **3.** Die orale Gabe von Medikamenten ist nicht neben dem Richten von ärztl. Verordneten Medikamenten (Tagesdispenser / Wochendispenser) abrechnungsfähig.	
	als **Einreibungen** bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermatologischen Erkrankungen		**2.** nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern und die ggf. erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben)		2. nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.	
	zur Behandlung des Mundes, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten		2. nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.	
	zur Behandlung des Auges, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom	Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik	2. Werden in einem Einsatz Augen- und Ohrentropfen verabreicht, so kann die Position im zeitlichen Zusammenhang nur einmal abgerechnet werden.	
	zur Behandlung des Ohres	Die Ohrenspülung ist eine ärztliche Tätigkeit		
26a	**Durchführen der Sanierung von MRSA Trägern mit gesicherter Diagnose** Durchführung Sanierung/Eradikation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung	- Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zur Sicherung der Nahtlosigkeit der Sanierung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Absatz 5 HKP RL erfolgen. - Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen, wenn die MRSA-Kolonisation im Krankenhaus festgestellt wurde. Bezüglich der Verwendung von Übergabebögen wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen.	1. Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans max. 7 Tage. Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphyloccoccus aureus (MRSA). Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		In Bezug auf die bei der Durchführung der Leistungen zu beachtenden Anforderungen insbesondere an die Hygiene im Haushalt, an den Umgang mit Textilien und Gegenständen, die mit der Haut oder Schleimhaut der Patientin oder des Patienten in Kontakt kommen, an die Händehygiene sowie an organisatorische Maßnahmen der Versorgung wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fach-organisationen/Netzwerke verwiesen. Die Verordnung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandenen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, die im Rahmen der MRSA Sanierungsbehandlung erforderlichen Maßnahmen mit ärztlicher Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung selbst durchzuführen.	des Misserfolgs zu eruieren.	
	- MRSA Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung		1. bis zu 3 x tägl. abrechenbar	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	- MRSA Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Nasengels		1. bis zu 3 x tägl. abrechenbar	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	- MRSA Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen	Dies bedeutet insbesondere (dermatologische Behandlung/Bad) inkl. Wechsel der persönlichen Kleidung.	1. 1 x tägl.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	- MRSA Begleitende Maßnahmen bei Versicherten ohne Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI: Wechsel der Textilien + Bettwäschewechsel (Bettlaken, Bettbezug), Wisch- und Flächendesinfektion von Mobiliar und Kontaktflächen (z.B. Mobiliar, Badezimmer, Tisch, Bettgitter, Bettgalgen, Nachttisch; Türklinken...)	Die begleitenden Maßnahmen des Wäschewechsels und der Desinfektion sind regelhaft Leistungen, die im Bereich der pflegerischen Grundversorgung und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach SGB XI erbracht werden. Deshalb besteht ein Regelungsbedarf im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur für besonders gelagerte Ausnahmefälle, in denen entgegen der Regel ein Anspruch aus dem SGB XI nicht besteht. Diese be-	1. 1x tägl.	

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		sondere Voraussetzung (§ 6 Absatz 5 der Richtlinie) wird abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.		
	MRSA Zuschlag	nur im Zusammenhang mit der MRSA Sanierung/ Eradikation	**1.** 1xtägl.	
27.	**Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei** Wechsel der Schutzauflage bei PEG, Kontrolle der Fixierung und Durchgängigkeit, einschließlich Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente	siehe Ernährung (Nr. 3)	**2.** Aus pflegefachlicher Sicht bei nicht entzündlichen Prozessen in der Regel 2 x wöchtl. abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger **Ohne Wundversorgung** auch Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
27a	**Psychiatrische Pflege**	**Abschluss einer Einzelvereinbarung notwendig.**		
28.	**Stomabehandlung** Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z. B. Urostoma, Anus-praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut	Bei Anus-praeter und Urostoma ohne Wundversorgung siehe Ausscheidungen (Nr. 2) Versorgung eines suprapubischen Katheters siehe Nr. 22 Versorgung bei PEG siehe Nr. 27 Bei Tracheostoma siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (Nr. 29 und Nr. 29a)	**3.** Neben der Stomabehandlung ist für dieselbe Wunde keine Abrechnung des Verbandswechsels möglich.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
29.	**Trachealkanüle, Wechsel und Pflege - mit Absaugen** Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Absaugen, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.	Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle und umgekehrt.	**2.** Nr.29 ist nur neben Nr. 28 (Stomabehandlung) abrechenbar, wenn weitere Stomaanlagen z.B. Urostoma, Anus praeter vorliegen.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
29 a.	**Trachealkanüle, Wechsel und Pflege ohne Absaugen** Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen	Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle und umgekehrt.	**2.** Nr. 29 a ist nur neben Nr. 28 (Stomabehandlung) abrechenbar, wenn weitere	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	Trachealkanüle.		Stomaanlagen z.B. Urostoma, Anus praeter vorliegen.	
30.	**Venenkatheter, Pflege des zentralen** Verbandwechsel der Punktionsstelle grundsätzlich mit Transparentverband, Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters, Beurteilung der Einstichstelle (einschließlich i. v. Porth-a-cath).	Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung	1. 1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
31	**Verbände**			
	Anlegen und Wechseln von Wundverbänden Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen	Lokalisation und Wundbefund sind in der Diagnose anzugeben. Das „Überprüfen von Drainagen" ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (z. B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Eine gesonderte Verordnung des Anlegens oder Abnehmens eines Kompressionsverbandes bzw. des An- oder Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV erfolgt in diesen Fällen nicht.	1. Jeweils 1 x täglich 2. Wundbehandlungen, deren räumliche Entfernung voneinander einen gesonderten abschließenden Verband erfordern, sind jeweils gesondert nebeneinander abrechnungsfähig. Das „Überprüfen von Drainagen" ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert abrechnungsfähig. 3. Bei Dekubitusbehandlungen ist der Verbandwechsel des Dekubitus Bestandteil der Leistung und nicht gesondert abrechnungsfähig	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	Anlegen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger)	Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist verordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.	1. 1x tgl. 2. Sofern das Abnehmen und das Anlegen eines Kompressionsverbandes	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		Kompressionsverbände sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/ Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität. Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig sein bei Narben/ Verbrennungen und Ulcus Cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).	während eines Einsatzes erfolgt, ist hier nur das Anlegen eines Kompressionsverbandes abrechnungsfähig.	
	Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger)	Das Abnehmen eines Kompressionsverbandes ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, den Kompressionsverband fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sicher gestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	1. 1x tgl. 2. Sofern das Abnehmen und das Anlegen eines Kompressionsverbandes während eines Einsatzes erfolgt, ist hier nur das Anlegen eines Kompressionsverbandes abrechnungsfähig	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres
	Anziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV	Das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ Kompressionsstrumpfhosen ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit	1. 1x tgl.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Alten-

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
	Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV	– einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Kompressionsstrümpfe / Kompressionsstrumpfhosen nicht fachgerecht an- oder ausziehen können bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen können oder – einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Kompressionsstrümpfe/ Kompressionsstrumpfhosen fachgerecht an- oder ausziehen bzw. den Kompressionsverband nicht fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder – einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder – entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durch zuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Zur Ermöglichung eines selbständigen An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/Kompressions-strumpfhosen ist jeweils die Verordnung von Anziehhilfen in Betracht zu ziehen. Kompressionsstrümpfe/ Kompressionsstrumpfhosen sind in der Regel bei mobilen Patientinnen und Patienten indiziert. Der Einsatz bei immobilen Patientinnen und Patienten kann insbesondere notwendig sein bei Narben/ Verbrennungen, Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität. Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus Cruris veno-	1. 1x tgl.	pfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Medizinische Fachangestellte, Altenpflegeschüler nach Abschluss des 1. Ausbildungsjahres

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
		sum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).		
	Kompressionsverband inkl. Wundversorgung bei Ulcus Cruris Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.	**Siehe Bemerkung** **Anlegen und Wechseln von Wundverbänden und** **Anlegen eines Kompressionsverbandes** Diese Leistung ist als Komplettleistung pro Bein anzusehen. Das bedeutet, die Leistung beinhaltet die notwendige Wundversorgung inkl. der erforderlichen Kompressionsbehandlung. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	1. i.d.R. 1x täglich abrechnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
	Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss		1. bis zu 2 Wochen jeweils 1x täglich 3. Das regelmäßige Anlegen von ärztlich verordneten, maßangefertigten Bruchbändern, Korsagen, etc. ist nur im Rahmen der Grundpflege nach Nr. 2-4 verordnungsfähig.	Gesundheits-/ Kranken- Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger
32	**Versenden von Unterlagen** Nur abrechenbar, wenn eine, ordnungsgemäß (verordnungsrelevante Diagnose, zu erbringende Leistung, Beginn, Häufigkeit und Dauer) ausgefüllte Verordnung (§ 3 Abs. 2 der HKP-RL in der jeweils gültigen Fassung) vorliegt und die Krankenkasse darüberhinausgehende Unterlagen anfordert			

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	1. Dauer u. Häufigkeit 2. Abrechnungsfähigkeit der Maßnahme 3. Ausschluss	Qualifikation
33	**Hausbesuchspauschale**	Die Hausbesuchspauschale ist dreimal täglich, nur im Zusammenhang mit erbrachten und abrechnungsfähigen Dienstleistungen abrechnungsfähig. Bei gleichzeitiger Behandlung mehrerer Personen in einer Wohnung oder Wohngemeinschaft oder ambulant betreuten Wohngruppe oder einem betreuten Wohnen ist sie gem. der nebenstehenden Staffelung abrechnungsfähig. Dabei ist die Anzahl der Bewohner, die durch denselben Pflegedienst versorgt werden maßgeblich. Sofern sich Geschäftsräume des Leistungserbringers unter der gleichen Anschrift der Wohngemeinschaft oder der ambulant betreuten Wohngruppe oder dem betreuten Wohnen oder einer vergleichbaren ambulanten Wohn- oder Betreuungsform befinden, ist die Abrechnung von Hausbesuchspauschalen ausgeschlossen. Eine gemeinsame Wohnung/Wohngemeinschaft /ambulant betreute Wohngruppe ist dann gegeben, wenn die Küche, sofern vorhanden der Aufenthaltsraum und in der Regel der Sanitärbereich einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden kann. Betreutes Wohnen ist eine Wohnform, in der Menschen selbständig in einer meist barrierefreien/ -armen Wohnung in einer Wohnanlage leben und regelmäßig durch einen Ansprechpartner vor Ort betreut werden, für den eine Betreuungspauschale zu zahlen ist und in der die umfassenden Betreuungsleistungen (z.B. Hauswirtschaft, Pflegeleistungen, HKP, Essen, Tagesbetreuung) von einem Anbieter koordiniert werden. Werden Leistungen nach § 37 SGB V und § 36 SGB XI nebeneinander vom gleichen Pflegedienst erbracht, wird die Hausbesuchspauschale entsprechend der nebenstehenden Staffelung den Kranken- und Pflegekassen je hälftig berechnet. Die Abrechnung erfolgt unter Einhaltung der zeitlichen Reihenfolge der Hausbesuche, beginnend mit dem ersten Einsatz des Tages.	Bei gleichzeitiger Behandlung mehrerer Personen in einer Wohnung ist sie wie folgt abrechnungsfähig: 1 Person 1 HBP 2 Personen je ½ HBP 3 Personen je 1/3 HBP 4 Personen je ¼ HBP In medizinischen Fällen (Augentropfengabe nach OP oder Morphingabe) kann die Hausbesuchspauschale auf Antrag des Pflegedienstes (Vermerk auf der Rückseite der 1. Seite der Verordnung Häusliche Krankenpflege - Beantragung der Leistung des Pflegedienstes) maximal 4 täglich abgerechnet werden. Die Abrechenbarkeit von 4x täglich wird auf die Laufzeit von 12 Monaten (01.07.2019 -30.6.2020) begrenzt. Im Anschluss daran erfolgt eine Neubewertung durch die Vertragspartner.	

Anlage 5 zu § 6 Nr. 3 des Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gem. § 132a Abs. 4 SGB V mit ABVP, bad und VDAB vom 03.06.2019 (In Kraft ab 01.07.2019)

Vereinbarung zum Einsatz von Medizinischen Fachangestellten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege

Zwischen

dem	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., Wiesbaden
dem	Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt / M.
dem	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

und

der	AOK Rheinland-Pfalz / Saarland – Die Gesundheitskasse, Eisenberg
dem	BKK Landesverband Mitte, Hannover *
der	IKK Südwest, Saarbrücken zugleich handelnd als Vertreterin der IKK Nord, der BIG direkt gesund, der IKK Classic und der IKK gesund plus
der	KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Saarbrücken, Saarbrücken
der	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,
den	Ersatzkassen Techniker Krankenkasse (TK) BARMER DAK – Gesundheit Kaufmännische Krankenkasse – KKH Handelskrankenkasse (hkk) HEK – Hanseatische Krankenkasse Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz

* Dieser Vertrag gilt für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK den BKK Landesverband Mitte beauftragt hat.

Anlage 5 zu § 6 Nr. 3 des Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gem. § 132a Abs. 4 SGB V mit ABVP, bad und VDAB vom 03.06.2019 (In Kraft ab 01.07.2019)

§ 1
Qualifikation

(1) An Medizinische Fachangestellte (ehemals Arzthelfer/innen) mit bestandener Abschlussprüfung laut Prüfungsordnung der Landesärztekammer können gemäß § 6 Nr. 3 des Rahmenvertrages gem. § 132 a Abs. 4 SGB V i.V.m. dem Leistungsverzeichnis (Anlage 3) und der Gebührenvereinbarung (Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung die in § 2 genannten Leistungen delegiert werden. Dies setzt voraus, dass dieser Personenkreis über theoretische und praktische Kenntnisse und Fähigkeiten zur Durchführung dieser Leistungen verfügt. Der Nachweis hat mittels Anleitungsschema (Anhang) zu erfolgen.
Des Weiteren muss der vorgenannte Personenkreis die praktischen und theoretischen Voraussetzungen zur Erbringung grundpflegerischer Leistungen nach dem Vertrag gem. § 75 SGB XI Rheinland-Pfalz (ambulante Pflege) in der jeweils gültigen Fassung erfüllen.

(2) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass der Personenkreis nach Abs. 1 entsprechend seiner Eignung eingesetzt wird. Damit liegt die Verantwortung für die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung (materielle Qualifikation), die Delegation der behandlungspflegerischen Leistungen und die regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

(3) Während der Leistungserbringung besteht eine durchgehende Erreichbarkeit und ggf. Verfügbarkeit einer Pflegefachkraft.

§ 2
Leistungen

Folgende Leistungen der häuslichen Krankenpflege dürfen durch den Personenkreis nach § 1 erbracht werden:

Nr.2-5	**Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung** nach § 37 Abs. 1 und 1a SGB V
Nr.10	**Blutdruckmessung**
Nr.11	**Blutzuckermessung**
Nr.17	**Inhalation**
Nr.18	**III) Injektionen s. c.** als Injektionen von Heparin und Insulin

Nr.19	**Injektionen, Richten von** Aufziehen von Insulin
Nr.21	**Auflegen von Kälteträgern**
Nr.22	**Versorgung eines suprapubischen Katheters ohne Wundversorgung**
Nr.26	**II) Medikamentengabe**, Verabreichen von **Ausnahme: Richten Tages-/ Wochendispenser**
Nr.27	**Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG),** Versorgung bei **ohne Wundversorgung**
Nr.31	**Verbände** Abnehmen eines Kompressionsverbandes Anziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen

§ 3
Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt zum 01.07.2019 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

Eisenberg, Frankfurt, Kassel, Mainz, Saarbrücken, Wiesbaden den 03.06.2019

ABVP
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.
Geschäftsstelle West
Kaiser-Friedrich-Ring 52 – 65185 Wiesbaden
Telefon (0511) 515 111-150
Telefax (0511) 515 111-8159

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., Wiesbaden	AOK Rheinland-Pfalz / Saarland Die Gesundheitskasse, Eisenberg
Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt	BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

Nr.19	**Injektionen, Richten von** Aufziehen von Insulin
Nr.21	**Auflegen von Kälteträgern**
Nr.22	**Versorgung eines suprapubischen Katheters ohne Wundversorgung**
Nr.26	**II) Medikamentengabe**, Verabreichen von **Ausnahme: Richten Tages-/ Wochendispenser**
Nr.27	**Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG),** Versorgung bei **ohne Wundversorgung**
Nr.31	**Verbände** Abnehmen eines Kompressionsverbandes Anziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen

§ 3
Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt zum 01.07.2019 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

Eisenberg, Frankfurt, Kassel, Mainz, Saarbrücken, Wiesbaden den 03.06.2019

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., Wiesbaden

---

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland Die Gesundheitskasse, Eisenberg

---

Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Frankfurt

---

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

Anlage 5 zu § 6 Nr. 3 des Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gem. § 132a Abs. 4 SGB V mit ABVP, bad und VDAB vom 03.06.2019 (In Kraft ab 01.07.2019)

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

Geschäftsstelle Mainz
55126 Mainz
Fon 06131/61955-0 | Fax 06131/61955-20
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

IKK Südwest, Saarbrücken auch in Vertretung der im Rubrum genannten anderen Innungskrankenkassen

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung, Rheinland-Pfalz, Mainz

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel

---

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz

---

IKK Südwest, Saarbrücken
auch in Vertretung der im Rubrum genannten anderen Innungskrankenkassen

---

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung, Rheinland-Pfalz, Mainz

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel

Anhang

Anleitungsschema beim Einsatz von Medizinischen Fachangestellten und Arzthelfer-/innen mit bestandener Abschlussprüfung nach Prüfungsordnung der Landesärztekammer

Die Anleitung beinhaltet auch die Vermittlung theoretischen Wissens der Leistungen.

Name des anzulernenden Mitarbeiters: _____ IK des Leistungserbringers: _____

Name des anleitenden Mitarbeiters: _____ beschäftigt seit: _____

Leistungen	Gesehen (1 x)	Durchgeführt mit Anleitung (1 x)	selbständig durchgeführt unter Aufsicht (insg. 3 x)			[1]Ja	[2]Nein	Bemerkungen	Handzeichen / Datum
			1. mal	2. mal	3. mal				
Grundpflege									
Hauswirtschaftliche Versorgung									
Blutdruckmessung									
Blutzuckermessung									
s. c. Injektionen (Heparin/Insulin)									
Richten von Insulin-Injektionen									
Auflegen von Kälteträgern									
Versorgung eines suprapubischen Katheters ohne Wundversorgung									

Medikamentengabe über den Magen-/Darmtrakt									
Medikamentengabe Als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten									
Medikamentengabe über die Atemwege									
Medikamentengabe Einreibungen									
Medikamentengabe Zur Behandlung des Mundes, der Augen und der Ohren									
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei – ohne Wundversorgung									
Verbände Abnahme eines Kompressionsverbandes									
An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen									

[1] Ja / Handzeichen: Die Maßnahmen kann die MFA bzw. Arzthelfer-/in übernehmen, da sich die verantwortliche Pflegefachkraft von der fachgerechten Durchführung überzeugt hat.

[2] Nein / Handzeichen: Die Maßnahmen dürfen von der MFA bzw. Arzthelfer-/in nicht durchgeführt werden.

_____
Datum, Unterschrift Pflegefachkraft

_____
Datum, Unterschrift MFA / Arzthelfer-/in

_____
Datum, Unterschrift verantwortliche Pflegefachkraft