

Rahmenvertrag gemäß §§ 132a SGB V und 132 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe im Saarland

zwischen

- AOK Rheinland-Pfalz / Saarland – Die Gesundheitskasse Landesdirektion Saarland, Saarbrücken,
- BKK-Landesverband Mitte, Hannover
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
- Knappschaft Bochum, vertreten durch Regionaldirektion Saarbrücken,
- IKK Südwest, Saarbrücken,
- den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER GEK
 - DAK - Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse – KKH
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Saarland

als Landesverbände der Krankenkassen im Saarland
unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

- **einerseits**

und

- Arbeiterwohlfahrt (AWO) Landesverband Saarland e. V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Saarbrücken
- Caritasverband (CV) für die Diözese Speyer e. V.
- Caritasverband (CV) für die Diözese Trier e. V.
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.
- Diakonisches Werk (DW) der Evangelischen Kirche der Pfalz e. V.
- PARITÄTischer Wohlfahrtsverband (DPWV) Landesverband Rheinland Pfalz/Saarland e. V.
- Deutsches Rotes Kreuz, Gemeinnützige Krankenhaus GmbH Saarland, Saarlouis
- Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Saarland e. V., Saarbrücken
- Saarländischer Städte- und Gemeindetag, Saarbrücken
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Landesverband Saarland e.V.

als Mitgliedsverbände der Saarländischen Pflegegesellschaft e. V.

- andererseits

Präambel

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen im Saarland sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegedienste maßgeblichen Spitzenorganisationen im Saarland haben aufgrund § 132 und § 132 a in Verbindung mit § 92 Abs. 7 SGB V diesen Rahmenvertrag partnerschaftlich mit dem Ziel erarbeitet, eine bedarfsgerechte und qualitativ gleichwertige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten, die es den Krankenkassen und den Leistungserbringern ermöglicht, auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

Zwischen den vertragschließenden Parteien besteht Einigkeit, dass dieser Vertrag keine Anwendung auf die Erbringung der Leistungen "Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke" entfaltet.

Kapitel I

§ 1 Gegenstand der Rahmenvereinbarung

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit häuslicher Krankenpflege regelt dieser Rahmenvertrag insbesondere:

- (1) Allgemeine Grundsätze (Kapitel II, §§ 2 bis 6)
- (2) Inhalt der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung (Kapitel III, §§ 7 bis 10)
- (3) Eignung der Leistungserbringer (Kapitel IV, §§ 11 bis 27)
- (4) Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel V, §§ 28 bis 30)
- (5) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten (Kap. VI, §§ 31 bis 34)
- (6) Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (Kapitel VII, §§ 35 bis 37)
- (7) Vergütung der Leistungen und Abrechnungsverfahren (Kapitel VIII, §§ 38 bis 40)
- (8) Schlussbestimmungen (Kapitel IX, §§ 41 bis 43)

Kapitel II - Allgemeine Grundsätze -

§ 2 Ziele der häuslichen Krankenpflege

- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Die Leistungserbringer nach § 11 (Pflegedienste) erbringen häusliche Krankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung
 - zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder
 - zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, soweit der Versicherte die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

- (3) Ziel der häuslichen Krankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu erlauben sowie die ambulante, ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ziel zu sichern. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern.
- (4) Durch Kooperation aller im Pflegeprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (5) Die Beteiligten haben auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

§ 3 Leistungsgrundlagen

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung. Im Rahmen der Verordnung schätzt die Vertragsärztin/der Vertragsarzt auch ein, ob eine im Haushalt lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann (§ 37 Absatz 3 SGB V). Für die Verordnung hat der Arzt § 27 BMV-Ä bzw. die entsprechenden Regelungen im Arzt/Ersatzkassenvertrag und die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Absatz 7 SGB V zu beachten (vgl. Muster gemäß Anlage 2). Diese Verordnung ist bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Ergeben sich aus der Verordnung nicht alle für die Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen oder ist die Verordnung nicht eindeutig, unzureichend oder fehlerhaft ausgefüllt, wendet sich die Krankenkasse grundsätzlich an die ausstellende Ärztin/an den ausstellenden Arzt oder ggfs. an die Versicherte/den Versicherten zur diesbezüglichen Klärung. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (2) Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann sie oder er diese anstelle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des fünften auf die Entlassung folgenden Arbeitstages (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) verordnen. In diesem Falle hat die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt zu informieren. § 11 Abs.4 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Die eingereichte ärztliche Verordnung wird durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 275 Absatz 1 und 2 SGB V geprüft und bei Vorliegen der Voraussetzungen genehmigt. Die Verordnung kann auch von dem Pflegedienst eingereicht werden. Die Krankenkasse informiert den Pflegedienst schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen. Bei einer von der ärztlichen Verordnung abweichenden Entscheidung teilt die Krankenkasse der verordnenden Ärztin/dem verordnendem Arzt sowie der/dem Versicherten die Gründe mit. Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelndem Vertragsarzt. Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.

- (4) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Absatz 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Frist soll nur in Ausnahmefällen als gewahrt gelten, wenn die vollständige Verordnung als Fax oder als Datei der Krankenkasse vorliegt. Ist in begründeten Fällen, die nicht vom Pflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht.
- (5) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte häusliche Krankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnissen als aktivierende Pflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.
- (6) Kosten für genehmigte und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.
- (7) Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege ordnungsfähig sind oder wenn Leistungen der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V verordnet werden, die nach § 37 Absatz 2 Satz 4 SGB V in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse nicht vorgesehen sind.
- (8) Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt des Zugangs der (teil-) ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer.

§ 4

Eigenverantwortung

- (1) Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte in dem Umfang, in dem sie oder eine im Haushalt lebende Person die Leistungen selbst nicht durchführen können.
- (2) Die Erbringung der häuslichen Krankenpflege ist unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten darauf auszurichten, dass der Versicherte bzw. eine im Haushalt lebende Person durch Anleitung in die Lage versetzt wird, diese Leistungen selbst zu erbringen und dadurch die Selbstversorgungskompetenz wieder zu stärken.

§ 5

Wahl des Pflegedienstes

Der Versicherte ist in der Wahl des Pflegedienstes frei. Wählt er einen Pflegedienst außerhalb seines Wohn- oder Aufenthaltsortes, kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen.

§ 6 Datenschutz

Der Pflegedienst und die Krankenkasse verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten) sicherzustellen. Der Pflegedienst unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und seines Umfeldes der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Pflegedienst und die Krankenkasse haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese Verpflichtung zu dokumentieren. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85 a SGB X bleiben unberührt.

Kapitel III - Inhalt der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung -

§ 7 Inhalt der häuslichen Krankenpflege

- (1) Zur Vermeidung oder zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, umfasst die häusliche Krankenpflege die im Einzelfall notwendige Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
- (2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erbringt der Pflegedienst als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege mit dem Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können hierbei nur im Rahmen der Satzungsbestimmungen der Krankenkassen erbracht werden, allerdings nicht für anerkannt Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI.
- (3) Inhalt und Abgrenzung der Leistung ergeben sich aus der Anlage 1.
- (4) Alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Pflegeplanung und Pflegedokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege sowie die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten.
- (5) Die Leistungen werden
 - als Anleitung oder als Beaufsichtigung bzw. Mithilfe mit dem Ziel der Selbstvornahme durch den Versicherten oder eine im Haushalt lebende Person,
 - als Anleitung oder als Beaufsichtigung zur Orientierung des Versicherten in Zeit und Raum
oder
 - durch völlige Übernahme durch die Pflegefachkraft/Pflegekraft
erbracht.

§ 8 Behandlungspflege

Behandlungspflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen die Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die auf der Grundlage einer medizinischen Indikation im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes aufgrund einer ärztlichen Verordnung an Pflegefachkräfte nach § 21 delegiert werden.

§ 9 Grundpflege

Grundpflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen die Grundverrichtungen des täglichen Lebens, die von Pflegefachkräften/Pflegekräften nach §§ 21, 22 aufgrund ärztlicher Verordnung dann erbracht werden, wenn der Versicherte grundlegende Lebensaktivitäten krankheitsbedingt nicht mehr selbst durchführen kann.

§ 10 Hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfe

- (1) Zur hauswirtschaftlichen Versorgung durch den Pflegedienst gehören nach ärztlicher Verordnung die Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind, um in diesem Haushalt die häusliche Krankenpflege durchführen zu können. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist ausschließlich auf die Versorgung des Versicherten gerichtet.
- (2) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, §§ 24, 37, 40, 41 SGB V oder wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- (3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- (4) Ansonsten gelten die Satzungsbestimmungen der jeweiligen Krankenkasse.
- (5) Haushaltshilfe wird durch geeignete Einsatzkräfte erbracht. Die Einsatzkräfte müssen nach ihrer Ausbildung oder ihrer besonderen Eignung in der Lage sein, den an der Haushaltsführung verhinderten Versicherten zu vertreten und während der Zeit der Vertretung die im Haushalt notwendigen Arbeiten, einschließlich der Pflege und Erziehung der Kinder, selbständig wahrzunehmen. Über den Einsatz der geeigneten Einsatzkräfte entscheidet die Einsatzleitung des Leistungserbringers.

Kapitel IV
- Eignung der Leistungserbringer -
Abschnitt 1
- Zugang -

§ 11
Pflegedienst

(1) Leistungserbringer für die häusliche Krankenpflege sind:

- a) Pflegedienste freigemeinnütziger Träger
- b) Pflegedienste privater Träger
- c) Pflegedienste öffentlicher Träger

Unabhängig von ihrer Trägerschaft werden die Leistungserbringer im Folgenden einheitlich als Pflegedienst bezeichnet.

- (2) Ein Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, der unabhängig von der Zahl seiner Mitarbeiter in der Lage sein muss, eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.
- (3) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege hat der Pflegedienst Anforderungen an die Struktur- (§§ 15 – 22), Prozess- (§§ 23 – 26) und Ergebnisqualität (§ 27) zu erfüllen.

§ 12
Versorgungsvertrag

- (1) Pflegedienste, die die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllen, erhalten mit dem Abschluss eines Vertrages nach §§ 132 a Abs. 2 und 132 Abs. 1 SGB V die Berechtigung häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V zu Lasten der vertragschließenden Krankenkasse zu erbringen.
- (2) Der Pflegedienst stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Einzugsbereich mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege sicher.
- (3) Für räumlich getrennte Filialen, Außenstellen und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbständig sind.
- (4) Der Vertrag kann abgelehnt oder gekündigt werden, wenn in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft oder ihrer Vertretung sowie des Leiters/Trägers des Pflegedienstes Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im Pflegedienst im Sinne der HeimPersV in der Fassung vom 19. Juli 1993 ungeeignet ist.

§ 13 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstoß gegen Vertragspflichten kann die Krankenkasse eine Verwarnung, Abmahnung oder Kündigung aussprechen.
- (2) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus dem Vertrag nach § 12, 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.
- (3) Als schwere Verstöße können insbesondere gelten:
 - grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder der Krankenkasse, so dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere dann,
 - wenn der Patient infolge vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Pflichtverletzung zu Schaden kommt oder
 - nicht erbrachte Leistungen in Betrugsabsicht gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden oder
 - der Pflegedienst Pflegeaufträge annimmt und gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile an Dritte (Vermittlung) weitergibt.
 - Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen durch Versicherte. ¹⁾

§ 14 Kündigung des Versorgungsvertrages

- (1) Der Versorgungsvertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes - von den Krankenkassen jedoch nur aus wichtigem Grund - mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Bei Fehlen der organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 15 ist eine Kündigung seitens der Krankenkassen nur möglich, wenn der Pflegedienst nicht nur vorübergehend diese Voraussetzungen nicht erfüllt hat.
- (2) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 13 hat die Krankenkasse das Recht, den Versorgungsvertrag nach § 12 mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
- (3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

¹⁾ Die Privatabrechnung erbrachter Leistungen, die vom Arzt verordnet, von der zuständigen Krankenkasse aber nicht genehmigt wurden, ist keine Annahme von Zuzahlungen im Sinne dieses Paragraphen. Beabsichtigt der Pflegedienst, von der Möglichkeit der Privatabrechnung Gebrauch zu machen, hat er die Patienten im Voraus über ihre mögliche Zahlungsverpflichtung zu informieren.

Abschnitt 2 - Strukturqualität -

§ 15 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Pflegedienst ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege/Haushaltshilfe selbst sicherstellt. Der Pflegedienst muss ständig erreichbar sein. Soweit der Pflegedienst die fachlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, hat er die Versorgung abzulehnen.
- (2) Der Pflegedienst muss über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen.
- (3) Der Pflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die die Pflegekräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.
- (4) Der Pflegedienst hat der zuständigen Krankenkasse vor Vertragsschluss schriftlich und verbindlich folgende Nachweise vorzulegen:
 - a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden (z. B. Gesundheitsamt, Finanzamt)
 - b) Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft
 - c) Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird.
 - d) Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie die Leiter des Pflegedienstes/ Inhaber
 - e) Angaben über die Gesellschafter des Pflegedienstes
bei der Rechtsform:
 - einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR):
Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,
 - einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH),
Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts,

- eines eingetragenen Vereins (e. V.):
 - Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister,
 - für andere Gesellschaftsformen (z. B. OHG, KG, AG, Partnergesellschaften sowie Mischformen) und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend.
- f) Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 21.
- g) Arbeitsverträge der beschäftigten Pflegekräfte ab Beschäftigungsbeginn im Pflegedienst bzw. eine jeweils von Arbeitnehmer und Arbeitgeber unterschriebene Bescheinigung über das Beschäftigungsverhältnis gemäß Anlage 3.
- h) Sozialversicherungsnachweise der beschäftigten Pflegekräfte ab Beschäftigungsbeginn im Pflegedienst
- i) entsprechende Arbeitsbescheinigungen und Sozialversicherungsnachweise der PDL, die belegen, dass sie ihren Beruf innerhalb der letzten 8 Jahre mindestens 3 Jahre hauptberuflich ausgeübt hat
- j) Institutionskennzeichen des jeweiligen Pflegedienstes
- k) vom Arbeitsamt vergebene Betriebsnummer

Wesentliche Änderungen sind der zuständigen Krankenkasse zeitnah bekannt zu geben. Der Pflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Auf Wunsch ist der Krankenkasse eine Kopie dieser Unterlagen zu übermitteln.

- (5) Der Pflegedienst hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter/-innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

§ 16

Praxis- und Betriebseinrichtung

- (1) Alle in der häuslichen Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet 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 Sachmittel vorzuhalten:

- auf jeder Tour:
 - Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Schere und Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe
 - Blutzuckermessgerät
 - Darmrohr, Irrigator mit Zubehör und Klysma,
 - Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
- im Pflegedienst:
 - Steckbecken, Urinflasche mit Halter
 - Krankenunterlagen, Windeln und Zellstoff
 - Urinbeutel
 - sterile Kochsalzlösungen in den üblichen Konzentrationen und steriles destilliertes Wasser
 - Infusionsständer

Die in der Behandlungspflege notwendigen und allgemein üblichen Einmalartikel und Pflegematerialien sind zur Überbrückung der Zeit bis zur ärztlichen Verordnung vorrätig zu halten. Sie werden mit dem vom Arzt verordneten Material verrechnet.

- (3) Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 33 SGB V bleiben unberührt.

§ 17 Fachliche Anforderungen

- (1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass die vom Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft nach § 18 erbracht werden.
- (2) Er gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dazu fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden.
- (3) Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten 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
- (4) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft, der Pflegefachkräfte und der Pflegekräfte durch berufsbezogene Fort-/ Weiterbildung sicherzustellen, zu dokumentieren und diese auf Anforderung der Krankenkasse nachzuweisen.
- (5) Die Durchführung der häuslichen Krankenpflege durch freie Mitarbeiter ist unzulässig.

§ 18

Verantwortliche Pflegefachkraft für häusliche Krankenpflege

- (1) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die eine Ausbildung als
- a) Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger oder
 - b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 - c) Altenpflegerin oder Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder
 - d) Altenpflegerin oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht
- abgeschlossen haben.
- (2) Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben bzw. ausüben, werden auch von den Vertragspartnern dieses Vertrages nach § 132a SGB V als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt.
- (3) Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten acht Jahre mindestens drei Jahre ein unter Absatz 1 oder 2 genannter Beruf hauptberuflich (Vollzeitäquivalent¹) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wurde, davon mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich.
- (4) Für die Funktion der Verantwortlichen Pflegefachkraft ist ein Beschäftigungsumfang von 1,0 Vollzeit-Äquivalent in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis erforderlich, wobei die Besetzung der Stelle auch in Teilzeit für mindestens 50% der tarifvertraglichen bzw. üblichen Arbeitszeit möglich ist.
Die Voraussetzung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter oder als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonissen oder Kirchenbeamte im jeweiligen Pflegedienst hauptberuflich tätig sind.
- (5) 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 sozial-wissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

¹ Als Vollzeitäquivalent ist dabei die üblicherweise für diese Berufsgruppen im öffentlichen Dienst volle tarifliche Arbeitszeit anzusehen.

§ 19

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub oder Kündigung), der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.
- (2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gemäß § 18 Absatz 1 bis 4 zu erfüllen.

§ 20

Räumlicher Verbund mit Teilstationärer Pflegeeinrichtung

Wird der Ambulante Pflegedienst des selben Trägers in einem räumlichen Verbund mit einer Tagespflegeeinrichtung betrieben, gelten folgende Regelungen:

- (a) Ist die Verantwortliche Pflegefachkraft des Ambulanten Pflegedienstes vom Träger für ihre Leitungsfunktionen tatsächlich freigestellt, kann diese zugleich auch die Funktion der Verantwortlichen Pflegefachkraft der Tagespflegeeinrichtung übernehmen.
- (b) Ist die Verantwortliche Pflegefachkraft des Ambulanten Pflegedienstes vom Träger nicht freigestellt, kann die stellvertretende Verantwortliche Pflegefachkraft des Ambulanten Pflegedienstes zugleich die Leitung der Tagespflege übernehmen, sofern sie über die Qualifikation zur Verantwortlichen Pflegefachkraft verfügt.
- (c) Ist die Verantwortliche Pflegefachkraft des Ambulanten Pflegedienstes vom Träger nicht freigestellt und verfügt die stellvertretende Verantwortliche Pflegefachkraft des Ambulanten Pflegedienstes nicht über eine entsprechende Qualifikation, muss die Tagespflegeeinrichtung 0,5 Vollzeitäquivalente als Verantwortliche Pflegefachkraft personalisieren.
- (d) In Einzelfällen ist eine Aufteilung der Verantwortlichen Pflegefachkraft auf zwei Teilzeitstellen möglich, wenn eine Teilzeitstelle mindestens 0,75 Vollzeitäquivalent umfasst und zusammen mit dem verbleibenden 0,25-Vollzeitäquivalent zu 100 % für die Leitungsaufgaben freigestellt ist.

§ 21

Pflegefachkräfte

- (1) Der Pflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens eine weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger) zu beschäftigen. Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.
- (2) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Abs. 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen.

§ 22 Pflegekräfte

Der Pflegedienst kann neben Pflegefachkräften nach § 21 zur Erfüllung der Aufgaben nach §§ 9 und 10 weitere Pflegekräfte beschäftigen.

Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- Haus- und Familienpflegehelferinnen und -helfer,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- Dorfhelferinnen/Dorfhelfer,
- Familienbetreuerinnen/Familienbetreuer,
- im Bereich der Behindertenhilfe staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilerzieherinnen und Heilerzieher sowie Heilpädagoginnen/Heilpädagogen.

Hilfskräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

Abschnitt 3 - Prozessqualität -

§ 23 Leistungserbringung

- (1) Die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sind in die Leistungserbringung einzubeziehen. Die Leistungen sind soweit wie möglich aktivierend zu erbringen. Dabei sind der Versicherte und seine Angehörigen zu beteiligen sowie durch Beratung, Anleitung und Information in einzelne – von ihnen durchzuführende - behandlungspflegerische Tätigkeiten einzuführen. Auf Wunsch des Versicherten kann auch eine andere Bezugsperson beteiligt werden.
- (2) Soweit nach Auffassung des Pflegedienstes die vom Arzt verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht mehr erforderlich oder nicht ausreichend sind, ist der behandelnde Arzt unverzüglich zu informieren.

§ 24 Maßnahmeplanung

- (1) Der Pflegedienst erstellt bei Leistungsbeginn im Rahmen des ersten Besuchs eine Maßnahmeplanung.
- (2) Im Falle der Verordnung von Grundpflege, Anleitung zur Grundpflege oder Anleitung zur Behandlungspflege umfasst diese Maßnahmeplanung eine Kurzbeschreibung der Ressourcen und Probleme des Patienten und entsprechende Pflegemaßnahmen.

- (3) Die Maßnahmeplanung bei der Behandlungspflege beinhaltet die Planung der organisatorischen und inhaltlichen Durchführung der behandlungspflegerischen Tätigkeiten.

§ 25 Pflegedokumentation

- (1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes, dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist, von begründeten Ausnahmefällen abgesehen, beim Versicherten aufzubewahren.
- (2) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen verwendet werden. Sofern in der Pflegedokumentation die Dokumentation der Vitalzeichen sowie anderer Parameter nicht vorgesehen ist, sind geeignete Verlaufsprotokolle vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen.
- (3) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und – soweit ein Verdacht auf einen Verstoß gegen die Regelungen des § 13 besteht und der Versicherte eingewilligt hat (§ 67b Abs.1 SGB X) - auf Anforderung der Krankenkasse zugänglich zu machen. Der Pflegedienst hat auf Anforderung die Pflegedokumentation zuzusenden; in diesem Fall erfolgt eine Kostenerstattung gemäß dem Preisverzeichnis.
- (4) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 26 Pflegeteams

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit die Leistungen für den Versicherten von möglichst wenigen Personen erbracht werden. Die Einsatzorganisation von Pflegekräften orientiert sich an der individuellen Lebenssituation des Versicherten und ist durch die verantwortliche Pflegefachkraft vorzunehmen.

Abschnitt 4 - Ergebnisqualität -

§ 27 Ergebnisqualität

Das Ergebnis der grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen. Dabei sind auch das soziale und räumliche Umfeld, in dem die Maßnahmen durchgeführt werden, sowie die Leistungen der anderen an der Maßnahme Beteiligten zu berücksichtigen. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Kapitel V

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung -

§ 28

Qualitätssicherung

- (1) Qualitätssicherung ist in interne und externe Maßnahmen zu unterscheiden.
- (2) Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jeden Pflegedienst und umfasst die diesbezüglichen Maßnahmen der Pflegedienste zur Qualitätssicherung. Jeder Pflegedienst ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich.
- (3) Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

§ 29

Maßnahmen

- (1) Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden.
- (2) Er soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (3) Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert und aufbewahrt.
- (4) Die Pflegedienste haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung der Krankenkasse nachzuweisen.

§ 30

Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

- (1) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen.
- (2) Dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, ist die Durchführung, der Gegenstand, der Umfang sowie der Zeitpunkt der Prüfung mitzuteilen.
- (3) Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zum Pflegedienst zu gewähren.
- (4) Vom Träger des Pflegedienstes oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (5) Grundlage der Prüfung sind insbesondere
 - die Pflegedokumentation nach § 25,
 - die Personaleinsatzpläne nach § 15 Abs. 5,
 - die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals

- Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Dokumentationen pflegerischer Themen in Dienstbesprechungen),
 - Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise.
- (6) Diese Unterlagen sind drei Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.
- (7) Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, aus dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht möglichst innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss der Prüfung dem Träger des Pflegedienstes zu.

Kapitel VI

- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten -

§ 31 Allgemeines

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der Pflegedienst mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Der Pflegedienst darf Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflussen.

§ 32 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim behandelnden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der Pflegedienst berichtet dem behandelnden Vertragsarzt unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege.
- (3) Wird der Pflegedienst vom Vertragsarzt, der Krankenkasse oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue pflegerelevante Befunde informiert, hat der Pflegedienst diese Information unverzüglich zu berücksichtigen.
- (4) Der Pflegedienst ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen.

§ 33 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus (Überleitungspflege)

- (1) Der Pflegedienst stellt sicher, dass die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus ab Kenntnis der Einweisung unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Der Pflegedienst berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der häuslichen Krankenpflege den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen, sofern er dem Pflegedienst vorliegt.

§ 34 Pflegebedürftigkeit

Ist nach Auffassung des Pflegedienstes der Versicherte erheblich pflegebedürftig, hat aber noch keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, weist der Pflegedienst auf die erforderliche Antragstellung hin.

Kapitel VII

- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung -

§ 35 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen der Pflegedienste sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und die Pflegedienste nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen; eine orts- und bürgernahe Versorgung soll gewährleistet werden.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist der behandelnde Vertragsarzt umgehend zu informieren.

§ 36 Buchführungs- und Rechnungswesen

Pflegedienste haben die Grundsätze der Buchführung nach den Regeln des HGB zu beachten. In der Regel führen sie ihre Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung.

§ 37 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Pflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (2) Die Krankenkasse bestellt einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse den Sachverständigen alleine bestellen.
- (3) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes bzw. dem Verband, dem der Träger des Pflegedienstes angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 2 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von der Krankenkasse zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.
- (4) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.
- (5) Der Pflegedienst benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Auskünfte erteilen und Unterlagen vorlegen. Hierzu gehören insbesondere Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise, Pflegedokumentationen gemäß § 25, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Pflegeleistungen der Leistungsträger und die Mitarbeiterdokumentation gem. § 15 Abs. 5. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Pflegedienst abzusprechen.
- (6) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen.
- (7) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.
- (8) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser beinhaltet den Prüfungsauftrag, die Vorgehensweise bei der Prüfung, die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände, die Gesamtbeurteilung, ggf. eine Empfehlung zur Umsetzung der Prüfungsfeststellung.
- (9) Der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes sind über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren und ggf. anzuhören. Auf Wunsch händigt die Krankenkasse dem Pflegedienst den Prüfbericht aus.

Kapitel VIII

- Vergütung der Leistungen und Abrechnungsverfahren -

§ 38

Vergütung der Leistungen

Die Vergütung der Leistungen richtet sich nach der gesonderten Vergütungsvereinbarung.

§ 39a

Rechnungslegung im Rahmen des DTA

- (1) Die Pflegedienste sind verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen.
Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen. Soweit die Empfehlungspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V Regelungen treffen, die von den Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen, sind diese vorrangig (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 und Satz 6 SGB V). Regelungen in diesem Sinne sind die Absätze 2, 3, 4 und 6.
- (2) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach 3-maliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Der Pflegedienst erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragsparteien nach § 132a Abs. 2 SGB V zu regeln.
- (3) Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der vertraglichen Regelungen nach § 132a Abs. 2 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. Neben den maschinell oder auf Datenträgern übermittelten Daten sind den Abrechnungen die von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 2 SGB V vereinbarten Urbelege sowie die notwendigen Begleitzettel beizufügen. Der Abrechnung ist der unterschriebene Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung getroffen haben.
- (4) Unterlagen, die der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden.

- (5) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen.
Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden.
Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung bzw. in Fällen des Absatzes 6 nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- (6) Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL i.V.m. § 3 Abs. 4 des Rahmenvertrages gemäß § 132a SGB V ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 eine neue Schlüsselnummer für das Feld „Genehmigungskennzeichen“ geschaffen, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat.
Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern.
Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist.
- (7) Pflegedienste, die Dienstleister für die Abrechnung beauftragen, stellen die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Verordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.

§ 39b

Rechnungslegung außerhalb des DTA

- (1) Sofern das Datenübermittlungsverfahren aus technischen Gründen noch nicht möglich ist, gelten die bisherigen, nachfolgend wiedergegebenen Regelungen weiter.
- (2) Die Rechnungen über die ausgeführten Leistungen sind nach Abschluss der vertraglichen Leistungen bei der Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen, und zwar getrennt nach:
- a) Mitgliedern ohne Rentner (M)
 - b) Familienangehörige dieser Mitglieder (F)
 - c) Rentner und ihre Familienangehörige (R)
 - d) zugeteilte Personenkreise (z. B. Anspruchsberechtigte nach dem BVG, BEG, HHG, OEG),
 - e) Grenzgänger
 - f) Betreute nach dem SGB XII.

- (3) Bei länger dauernden Leistungsfällen können Zwischenabrechnungen für einen Zeitraum von mindestens einem Monat/höchstens drei Monaten eingereicht werden.
- (4) Für den Personenkreis der Zugeteilten nach Absatz 2 Buchstabe d) und Grenzgänger nach Absatz 2 Buchstabe e) sind Einzelrechnungen einzureichen.
- (5) Die Leistungsnachweise sind den Rechnungen beizufügen.
- (6) Leistungen werden nur vergütet, wenn der Versicherte, ein Angehöriger oder Vertreter den Empfang der Leistungen mit seiner Unterschrift auf dem Leistungsnachweis bestätigt.
- (7) Die Krankenkasse kann gegenüber Einrichtungen, die den Leistungsnachweis mittels EDV erstellen, auf die unterschriftliche Bestätigung der Ausführung der Leistung verzichten, wenn die Einrichtung folgende Erklärung abgibt:

Die vorstehend aufgeführten Leistungen werden tatsächlich erbracht. Deren Übereinstimmung mit der Leistungskarte und die unterschriftliche Bestätigung des Leistungsempfangs durch den Anspruchsberechtigten werden hiermit versichert. Die zuständige Krankenkasse ist jederzeit berechtigt, die Leistungskarte mit den Unterschriften einzusehen.

§ 40 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse kann die Bezahlung von Leistungen verweigern, soweit und solange die in § 39a bzw. 39b des Rahmenvertrages benannten Unterlagen zur Rechnungslegung nicht beigebracht sind.
- (2) Nach Ablauf von zwölf Monaten seit Abgabe der Leistungen kann von der Krankenkasse keine Vergütung mehr gefordert werden.
- (3) Die Krankenkasse zahlt die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen.

Kapitel IX - Schlussbestimmungen -

§ 41 Inkrafttreten

Dieser Rahmenvertrag tritt am 01. Oktober 2015 in Kraft.

§ 42 Kündigung des Rahmenvertrages

- (1) Der Rahmenvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden, frühestens zum 31. Dezember 2018.
- (2) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) ist unter Einhaltung der dort genannten Kündigungsfristen gesondert kündbar.

§ 43 Salvatorische Klausel

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

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland -
Die Gesundheitskasse,
Landesdirektion Saarland, Saarbrücken
Datum:

IKK Südwest,
Saarbrücken
Datum:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Saarbrücken
Datum:

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband
Saarland e.V.
Datum:

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau, Kassel
Datum:

Knappschaft, Regionaldirektion
Saarbrücken
Datum:

Arbeiterwohlfahrt, Landesverband
Saarland e.V.,
Datum:

~~PARITÄTischer Wohlfahrtsverband
(DPWV), Landesverband Rheinland-
Pfalz/Saarland e.V.~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Saarländischer Städte- und Gemeindetag,~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Caritasverband für die Diözese Speyer e.V.~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Deutsches Rotes Kreuz Gemeinnützige
Krankenhaus GmbH Saarland~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Caritasverband für die Diözese Trier e.V.~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Diakonisches Werk der Evangelischen
Kirche in der Pfalz e.V.~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e.V., Saarbrücken~~

~~Datum:~~

~~_____~~

~~Verband Deutscher Alten- und
Behindertenhilfe, Landesverband Saarland
e.V.~~

~~Datum:~~

~~_____~~

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

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.

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
376	1.	<p>Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit</p> <p>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).</p>	<p>Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, <p>um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.</p>	<p style="text-align: center;">21,39 ggf. 10,69 € Erfolgszuschlag Im Erfolgsfall, d.h. wenn mindestens für die Dauer von 2 Monaten nach Beendigung der Anleitung keine Verordnung über die angeleitete Leistung erfolgt, Nachberechnung des halben Preises der Leistung, ohne Wegepauschale</p>
507	2.	<p>Ausscheidungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausscheidungen, Hilfe beim Ausscheiden und der Beseitigung von Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und auch Mageninhalt, z. B.: - Verwendung von Inkontinenzprodukten (z. B. Vorlagen, Condomurinal) - Reinigung des Harnröhrenkatheters (Reinigung des Katheters und der Harnröhrenöffnung, ggf. Abstöpseln in zeitlich festgelegten Intervallen) - Wechsel des Katheterbeutels - Reinigung und Versorgung des Urostoma - Reinigung und Versorgung des Anus-<i>praeter</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinenztraining, Toiletentraining (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 zu dokumentieren. 	<p>siehe Stomabehandlung (Nr. 28) siehe Einlauf, Klistier, Digitale Enddarmausräumung (Nr. 14)</p> <p>Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung.</p> <p>siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (Nr. 29)</p> <p>siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27)</p> <p>siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)</p>	<p style="text-align: center;">21,39 €</p>

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
		<p>sigkeit je nach Gewohnheit der Patientin oder des Patienten einzupendeln, anfänglich mindestens zweistündlich. Angestrebt wird eine viermalige Blasenentleerung pro Tag.</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Enddarms. Die Darmentleerungszeiten sind je nach Gewohnheit der Patientin oder des Patienten einzupendeln. <p>gegebenenfalls einschließlich pflegerische 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), 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).</p>	<p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	
507	3.	<p>Ernährung beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p>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).</p>	<p>siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26)</p> <p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.</p>	<p>21,39 €</p>

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
507	4.	<p>Körperpflege beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Allgemeinzu- stand stark reduzierten Patienten, - An- und/oder Auskleiden (Vorbereiten individueller Kleidung, Hilfe beim An- und Aus- ziehen der Kleidung, von Stützstrümpfen, von Antithrombosestrümpfen, von konfektio- nierten / teilkonfektionierten / maßgefertigten Bandagen, von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I, das An- und Ablegen von Prothesen, von Orthesen, von Stützkorsetts, von Bruchbändern etc.), <p>gegebenenfalls einschließlich pflegerische 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, Bein- hochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), ggf. unter Verwendung von Lage- rungshilfsmitteln), 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 immo- bilen Patientin oder eines immobilten Patienten, Lagern, Allgemeine Bewegungsübungen).</p>	<p>Kosmetische Maßnahmen im Sinne der Schönheitspfle- ge sind keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpfle- ge.</p> <p>Die Hornhautpflege mit künstlicher Tränenflüssigkeit, z. B. bei fehlendem Lidschluss soweit keine Augener- krankung vorliegt, ist eine prophylaktische Maßnahme.</p> <p>Gabe von Augentropfen/-salben siehe Medikamenten- gabe (Nr. 26) Die Augenspülung ist eine ärztliche Leistung. Zu Kom- pressionsstrümpfen ab Klasse II siehe Verbände (Nr. 31)</p> <p>Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungs- form erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer ande- ren Leistung anzugeben.</p>	<p>21,39 €</p>
!	Grundpflege nach Nummer 1- 4 – pro Tag bis zu 2x abrechnungsfähig.			

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
121 122 123	4a.	Leistung der Grundpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V 1. Einsatz am Tag 2. Einsatz am Tag 3. Einsatz am Tag		28,00 € 22,25 € 10,92 €
555	4b.	Leistungen der Hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1a SGB V Preis pro Stunde		21,06 €
	!	Die Leistung nach 4a) kann insgesamt für maximal 3 Einsätze täglich abgerechnet werden. Leistungen nach 4a) und nach 4b) sind insgesamt bis zu max. 4 x täglich abrechnungsfähig (tagesbezogene Höchstgrenze über beide Leistungen gemeinsam). Die Wegepauschale ist max. 4 x täglich abrechnungsfähig. Werden die Leistungen gemäß 4a) und 4b) gleichzeitig im Rahmen eines Einsatzes erbracht, ist die Wegepauschale nur einmal abrechnungsfähig.		
177	5.	Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet: Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirrspülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung).		20,29 €
	!	Einschließlich Zu- und Abgang ist Pos. 5 nur neben Pos. 1 – 4 und nur einmal pro Tag abrechnungsfähig.		

Leistungen der Behandlungspflege

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.

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
230	6.	Absaugen - Absaugen der oberen Luftwege Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z. B. bei schwerer Emphysebronchitis, Aids, Mukoviszidose, beatmeten Patientinnen oder Patienten.		5,90 €
242		- Bronchialtoilette (Bronchiallavage) Therapeutische Spülung der Bronchien bei intubierten / tracheotomierten Patienten z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung, ggf. unter Zusatz von Sekretolytika.		

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
	!	Nicht neben Pos. 1-4a abrechnungsfähig.		
	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).	Der Patient, sein 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.	Preis der jeweiligen Leistung Im Erfolgsfall, d.h. wenn mindestens für die Dauer von 2 Monaten nach Beendigung der Anleitung keine Verordnung über die angeleitete Leistung erfolgt, Nachberechnung des dreifachen Preises der Leistung (ohne Wegpauschale)
238	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, O ₂ -Zellen).		9,18 €
241	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)	4,50 €
201	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	2,96 €
	!	Nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig und nicht neben Pos. 1 – 4a abrechnungsfähig.		
240	11.	Blutzuckermessung Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer)	Routinemäßige Dauermessungen sind nur zur Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie verordnungsfähig. Bei der Folgeverordnung ist der HbA 1c – Wert zu be-	

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
		<ul style="list-style-type: none"> - bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettspflichtig) - bei Fortsetzung der sog. Intensivierten Insulintherapie 	<p>rücksichtigen.</p> <p>Nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Diagnostik nicht sichergestellt ist, - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Die Häufigkeit der Blutzuckermessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.</p>	<p>3,26 €</p>
	!	Die Teststreifen sind mit der Gebühr abgegolten.		
<p>243</p> <p>411</p> <p>412</p> <p>413</p> <p>414</p> <p>535</p> <p>536</p> <p>537</p> <p>538</p> <p>539</p>	<p>12.</p> <p>(1. bis 10. Stelle)</p>	<p>Dekubitusbehandlung</p> <p>Verordnungsvoraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung - Versorgung durch Wundreinigung/ Wundverbände (z. B. Feuchtverband, Hydrokolloidverband, Hydrogelverband) - wirksame Druckentlastung 	<p>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.</p> <p>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).</p>	<p>5,80 €</p>

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
327		tem peripheren oder zentralen i. v.-Zugang 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.	5,01 €
326		Flüssigkeitssubstitution parenterale Ernährung		10,02 €
	!	Die Leistung parenterale Ernährung ist pro Besuch 1 x und pro Tag maximal 2 x abrechnungsfähig (z. B. morgens Anhängen und abends Abhängen, erfolgen An- und Abhängen während eines Besuches, ist die Leistung nur einmal abrechnungsfähig)		
591	16a.	Infusionen, s.c. - Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution - Kontrolle von 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 	14,64 €
598	16b.	Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion		4,53 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
	!	Jeweils zuzüglich der Wegepauschale 1 x täglich abrechenbar. Nicht neben Pos. 16 abrechenbar.		
255	17.	Inhalation Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten, die mittels verordneter Inhalationshilfen (gemäß Hilfsmittelverzeichnis) als Aerosol oder als Pulver über die Atemwege inhaliert werden.		2,81 €
	!	Nicht neben Pos. 1 – 4a und nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.		
325 301 (In- su- lin) 324 415 417	18.	Injektionen - i. v. - i. m. Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten - s. c. Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten	Die i. v. Injektion ist eine ärztliche Leistung. 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, 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. 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	3,92 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
			Anleitung - möglich ist.	
	!	Werden anstelle einer Injektion mit mehreren mischbaren Arzneilösungen bei liegender Kanüle mehrere Injektionen nacheinander ausgeführt, so ist nur eine Injektion abrechnungsfähig. Injektionen an verschiedenen Körperstellen sind nebeneinander berechnungsfähig. Mit der Gebühr sind die Sachkosten für Einmalspritzen, Tupfer und Alkohol abgegolten.		
311	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)	1,53 €
	!	Das Aufziehen von mehreren Spritzen ist in zeitlichem Zusammenhang nur einmal abrechnungsfähig.		
259	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)	3,92 €
203	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 sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durch-	2,48 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
			zuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig (siehe § 34 SGB V).	
	!	Nicht neben Pos. 1 – 4a und nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.		
313	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.	siehe Ausscheidung (Nr. 2) siehe Stomabehandlung (Nr. 28) Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung. Die Abdeckung oder der Wechsel der Abdeckung ist auch ohne Entzündungen mit Läsionen der Haut verordnungsfähig, wenn damit insbesondere durch erhebliche Schädigungen mentaler 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.	4,69 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
262	23.	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins 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).	6,88 €
511		Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von 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.	
289		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 <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und 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 selbständig durchführen können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	
	!	Das Entfernen eines Verweilkatheters ist nicht gesondert berechnungsfähig.		
320	24.	Krankenbeobachtung, spezielle - Kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut Einschließlich aller in diesem Zusammenhang anfallenden pflegerischen Maßnahmen	Die Leistung ist verordnungsfähig - wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder - wenn über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden festgestellt werden soll, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Verordnung ist nur begründet, wenn aufgrund schwerwiegender akuter Verschlechterung des Krankheitsverlaufes die Kontrolle der Vitalfunktionen erforderlich ist und erst aufgrund des über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg festgestellten Krankheitsverlaufes.	Vereinbarung im Einzelfall

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
			<p>tungszeitraum zu führenden Verlaufsprotokolls die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause getroffen werden kann.</p> <p>Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus.</p> <p>Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.</p>	
265	25.	<p>Magensonde, Legen und Wechseln</p> <p>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.</p>	<p>siehe Ernährung (Nr. 3) siehe Ausscheidungen (Nr. 2)</p>	11,89 €
233	26.	<p>Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</p>	<p>Die Medikamentengabe ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 und 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. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	2,55 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
312		Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume	Das Richten der Arzneimittel erfolgt i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.	Richten eines Wochendis-pensers 3,82 €
268		- Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume - über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde) - über die Atemwege - über die Haut und Schleimhaut	Das Verabreichen beinhaltet auch die notwendige Vorbe-reitung der Medikamente. Die Ohrensplüfung ist eine ärztliche Tätigkeit.	Ohrentropfen: 2,75 €
248		- als Einreibungen bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermato-logischen Erkrankungen		2,55 €
236		- als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten mit ärztlich verordneten medizini-schen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbil-dern und die ggf. erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich ver-ordneten Salben)	siehe Körperpflege (Nr. 4)	2,55 €
266		- zur Behandlung des Mundes, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten		
234		- zur Behandlung des Auges, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postope-rativen Zuständen, Glaukom	Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüs-sigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.	Augentropfen 2,75 €
	!	Die Abrechnung eines Wochendis-pensers schließt die gleichzeitige Abrechnung der täglichen Verabreichung von Medikamenten aus.		
	26a.	Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose Durchführung Sanierung/Eradi-kation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verord-nung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:	Die Leistung ist ordnungsfähig im Rahmen der ver-tragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococ-cus aureus (MRSA). - Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begon-nen, kann eine Verordnung zur Sicherung der Nahtlosig-keit der Sanierung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Absatz 5 erfolgen. - Die Leistung ist auch ordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingrif-fen, wenn die MRSA-Kolonisation im Krankenhaus fest-gestellt wurde.	
A96		→ Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels		Nasensalbe oder Gel 2,73 €
A95		→ Mund- und Rachenspüfung mit einer antiseptischen Lösung		Mund- und Rachenspüfung 2,83 €
928		→ Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen (dermatologi-sche Behandlung/Bad) inkl. Wechseln der persönlichen Kleidung		33,04 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
A97		→In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.	Bezüglich der Verwendung von Übergabebögen wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen.	20,89 €
922		→ MRSA Zuschlag (nur im Zusammenhang mit der MRSA Sanierung/Eradiation)	<p>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 besondere Voraussetzung (§ 6 Absatz 5 der Richtlinie) wird abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.</p> <p>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 Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen.</p> <p>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.</p> <p>Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5 bis 7 Tage).</p> <p>Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren</p>	12,32 €
	!	<p>Wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI anerkannt ist, sind die begleitenden Maßnahmen <u>nicht</u> abrechenbar. Die Leistung Dekontamination, begleitende Maßnahmen und der MRSA-Zuschlag ist max. 1 x tgl. abrechenbar. Die Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe, die Mund- und Rachenspülung sowie die Wegepauschale sind jeweils bis zu 3 x tgl. abrechnungsfähig.</p>		

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
309	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)	4,62 €
276	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 siehe Ausscheidungen (Nr. 2) siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22) siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) Bei Trachostoma siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (Nr. 29)	5,94 €
	!	Für die Stomabehandlung ist die Pos. 31 nicht zugleich abrechnungsfähig.		
261	29.	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.		5,94 €
319	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.	4,43 €
322 421 422 423 424 530 531 532 533 534	31. (1. bis 10. Stelle)	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 ordnungsfähig. 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 II bis IV erfolgt in diesen Fällen nicht. Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist ordnungsfähig, wenn aus medizinischen bzw. anatomischen	6,15 €

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
308 428		- Anlegen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger) / rechtes Bein linkes Bein	Gründen angepasste Kompressionsstrümpfe nicht möglich sind.	Anlegen Kompressionsverband: 6,15 €
587 588		- Abnehmen eines Kompressionsverbandes rechtes Bein linkes Bein		Abnehmen Kompressionsverband: 2,90 €
298 299		- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhose der Kompressionsklassen II bis IV Bei Patientinnen und Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses bei - Varikose, - Thromboembolie, - chronischer Veneninsuffizienz (CVI), - Ödemen, - Narben/Verbrennungen.	Das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen sowie 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 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 fachgerecht abnehmen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder 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 durchzuführen. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen. Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen/ 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	Kompressionsstrümpfe: 3,99 € Anziehen 2,61 € Ausziehen

Preisliste Häusliche Krankenpflege ab 01. Januar 2018

DTA	Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Preise ab 01.01.2018
323		<p>- Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss</p> <p>- Kompressionsverband einschl. Wundversorgung bei Ulcus cruris: Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen incl. der Durchführung der erforderlichen Kompressionstherapie.</p>	<p>venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung) und bei Stauungszuständen in Folge von Immobilität.</p> <p>Der dauerhafte Einsatz (länger als nur tagsüber) von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen/Kompressionsverbänden kann insbesondere notwendig sein bei Narben/Verbrennungen und Ulcus cruris venosum (bei dafür geeigneten Materialien zur Kompressionsbehandlung).</p> <p>Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse I siehe Körperpflege (Nr.4)</p>	6,15 €
386 427		<p>erstes Bein zweites Bein</p>	<p>Die Leistung ist als Komplettleistung je Extremität anzusehen. Das bedeutet, die Leistung beinhaltet die notwendige Wundversorgung incl. der erforderlichen Kompressionstherapie. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	9,44 €
	!	<p align="center">Anlegen eines Verbandes/Verbandwechsel: Verbände an verschiedenen Körperstellen können nebeneinander berechnet werden. Hierunter fallen auch Kompressionsverbände, jedoch keine Wundschnellverbände (z.B. Heftpflasterverbände).</p> <p align="center">An-, Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (Ab Kompressionsklasse II): Nicht neben Pos. 1 – 4a abrechnungsfähig. Die Gebühr ist beim An- bzw. Ausziehen von zwei Strümpfen nur einmal abrechnungsfähig.</p>		
111		Haushaltshilfe		20,29 €/Std.
706 725		Wegepauschale		3,47 €

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung Folgeverordnung

vom **TTMMJJ** bis **TTMMJJ** Unfall Unfallsfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n) _____

Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____

Hauswirtschaftliche Versorgung: _____

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

Die häusliche Krankenpflege soll erbracht werden

- in meinem Haushalt
 im Haushalt einer sonstigen Person

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ / _____

- Folgende verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können von im Haushalt lebenden Personen erbracht werden:

- Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person nicht erbracht werden.

- Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste.

Datum _____

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters _____

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Für die Zeit vom _____ bis _____ sollen folgende Leistungen erbracht werden:

Leistung	Häufigkeit	Dauer

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes _____

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) _____

Institutionskennzeichen des Pflegedienstes _____

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name) _____

Telefonnummer des Pflegedienstes _____

Fax-Nr. des Pflegedienstes _____

Datum _____

Unterschrift des Pflegedienstes _____

Freigabe 01.08.2014

Verbindliches Muster

Stempel des Pflegedienstes

Verordnung häuslicher Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom bis Unfall Unfallsfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

Anleitung zur Behandlungspflege	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

Anleitung zur Grundpflege	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____

Häuswirtschaftliche Versorgung:

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den Pflegedienst

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

- entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.
- in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer
<i>Kopie</i>		

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Verordnung häuslicher Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unfall
 Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

Anleitung zur Behandlungspflege	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:			
<input type="checkbox"/>	Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/>	Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):		

Grundpflege:

Anleitung zur Grundpflege	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/>	Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Ernährung	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Körperpflege	_____	_____

Hauswirtschaftliche Versorgung:

_____	_____
-------	-------

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst
- der Abrechnung beizugeben

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Ausfüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Verordnung häuslicher Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung Folgeverordnung

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Unfall Unfalfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____
Hauswirtschaftliche Versorgung:	_____	_____	_____

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den Vertragsarzt

B E S C H E I N I G U N G

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau/Herr

.....
(Name, Vorname)

in unserem Ambulanten Pflegedienst als
(Berufsbezeichnung)

mit einem Umfang von Wochenstunden beschäftigt ist.

.....
Pflegedienst

.....
Arbeitnehmer/in

Protokollnotiz zu § 18 Abs. 2 des Rahmenvertrages gemäß § 132a SGB V im Saarland

Die erstmalige Anerkennung von zweijährig ausgebildeten Altenpflegefachkräften als Verantwortliche Pflegefachkraft wird im Einzelfall zwischen den Kostenträgern und dem jeweiligen Träger des Pflegedienstes geregelt.

Der Nachweis der Zusatzqualifikation kann z.B. durch die Vorlage einer Teilnahmebescheinigung an einer 60-stündigen Fortbildung erbracht werden.