

# Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V

## Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V

zwischen

den folgenden Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e.V.
- Caritasverband für die Diözese Hildesheim e.V.
- Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.
- Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen, vertreten durch das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband Niedersachsen e.V.
- Diakonisches Werk in Niedersachsen e.V.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.,

den in der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zusammengeschlossenen Trägerverbänden, und zwar dem

- Niedersächsischer Landkreistag e.V.
- Niedersächsischer Städtetag e.V.
- Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund e.V.,

den folgenden Verbänden der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und ambulanter Dienste e.V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen Landesverband Niedersachsen e.V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

einerseits

und

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

andererseits.

\* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

## Inhaltsverzeichnis

<b>Kapitel I - Gegenstand der Vereinbarung</b>	
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung.....	<b>S. 3</b>
<b>Kapitel II - Eignung des Leistungserbringers</b>	
§ 2 Allgemeine Voraussetzungen .....	<b>S. 3</b>
§ 3 Nachweise im Beitrittsverfahren .....	<b>S. 4</b>
§ 4 Praxis- und Betriebseinrichtung .....	<b>S. 5</b>
§ 5 Personelle Voraussetzungen .....	<b>S. 5</b>
§ 6 Fachliche Leitung .....	<b>S. 6</b>
§ 7 Pflegekräfte .....	<b>S. 7</b>
<b>Kapitel III - Maßnahmen zur Qualitätssicherung</b>	
§ 8 Qualitätssicherung .....	<b>S. 7</b>
§ 9 Fort- und/oder Weiterbildung .....	<b>S. 8</b>
§ 10 Qualitäts-/ Abrechnungsprüfungen.....	<b>S. 9</b>
<b>Kapitel IV - Leistungserbringung, Abrechnung und Vergütung</b>	
§ 11 Erbringung der Leistungen.....	<b>S. 9</b>
§ 11a Qualifikationsvoraussetzung zur Leistungserbringung.....	<b>S.10</b>
§ 12 Art, Umfang und Nachweis der Leistungen.....	<b>S.12</b>
§ 13 Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen und Beanstandungen .....	<b>S.12</b>
§ 14 Zahlungsfrist .....	<b>S.13</b>
§ 15 Datenträgeraustausch .....	<b>S.13</b>
§ 16 Vergütung der Leistungen.....	<b>S.13</b>
<b>Kapitel V - Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson</b>	
§ 17 Datenschutz und Schweigepflicht.....	<b>S.14</b>
§ 18 Vertragsverstöße .....	<b>S.14</b>
§ 19 Beilegung von Meinungsverschiedenheiten.....	<b>S.15</b>
§ 20 Regelungen zur Schiedsperson.....	<b>S.15</b>
<b>Kapitel VI - Inkrafttreten</b>	
§ 21 Beitritt zur Vereinbarung.....	<b>S.15</b>
§ 22 Beendigung des Beitritts.....	<b>S.16</b>
§ 23 Vereinbarungsdauer .....	<b>S.17</b>
§ 24 Bundesrahmenempfehlung .....	<b>S.17</b>
§ 25 Salvatorische Klausel.....	<b>S.18</b>
<b>Protokollnotizen .....</b>	<b>S.18</b>
<b><u>Anlagen</u></b>	
<b>Anlage 1</b>	Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs.1 und 1a sowie zur Behandlungspflege nach § 37 Abs.2 SGB V
<b>Anlage 2</b>	Struktur der Vergütungsvereinbarung
<b>Anlage 3</b>	Ermächtigungserklärung
<b>Anlage 4</b>	Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen
<b>Anlage 5</b>	Kompetenzmatrix
<b>Anlage 6</b>	Curriculum gem. § 11a Abs.3
<b>Anlage 7</b>	Zuständige Stellen (Federführung)

## **Kapitel I** **- Gegenstand der Vereinbarung**

### **§ 1**

#### **Gegenstand der Vereinbarung**

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

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

## **Kapitel II** **- Eignung des Leistungserbringers**

### **§ 2**

#### **Allgemeine Voraussetzungen**

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

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

- Filiale  
Eine Filiale ist eine eigenständige Organisationseinheit. Als Filiale eines Trägers führt sie die gleichen Geschäfte wie der zugelassene Krankenpflagedienst, von dem sie unabhängig existiert und auf dem Pflegemarkt agiert. Sie organisiert und plant die Pflegeeinsätze, es finden Dienstbesprechungen statt. Die Filiale präsentiert sich mit gezielter Außendarstellung und aktiver Werbung in der Öffentlichkeit und führt ihre Geschäftstätigkeit selbständig. Für die Filiale ist mit der Anlage 4 der Nachweis der Zulassung zu führen.
- Interne Anlaufstelle  
Diese Organisationseinheit ist unselbständig und in jeder Hinsicht abhängig von der „Mutter“, hier dem zugelassenen Krankenpflagedienst bzw. der Filiale. Sie dient ausschließlich der Optimierung der inneren Arbeitsabläufe (zum Beispiel Schlüsselverwaltung, Lagerung von Pflegehilfsmitteln). Die Anlaufstelle verfügt weder über eine eigene Verwaltung noch über ein eigenes Institutionskennzeichen. Ebenfalls finden in der Anlaufstelle keine Dienstbesprechungen statt,

es gibt keine gezielte Außendarstellung für die Anlaufstelle und keine offizielle Geschäftstätigkeit. In der Anlaufstelle wird Pflege nicht übergeordnet organisiert, d.h. z.B. die Pflegeeinsätze werden hier nicht geplant. Dies geschieht am Sitz des zugelassenen Krankenpflegedienstes bzw. der Filiale durch die verantwortliche Pflegefachkraft. Lediglich die konkrete Umsetzung der angewiesenen Pflegeeinsätze (Feinplanung) geht von der Anlaufstelle aus. Eine Anlaufstelle hat keinen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung.

- Beratungsstelle

Eine Beratungsstelle kann im Rahmen der allgemeinen Sozialberatung auch Pflegeberatung erbringen. Es handelt sich nicht um eine Leistung der häuslichen Krankenpflege.

### § 3

#### Nachweise im Beitrittsverfahren

(1) Der Träger des Krankenpflegedienstes, im folgenden Leistungserbringer genannt, weist bei den Landesverbänden der Krankenkassen<sup>1</sup> im Rahmen des Beitrittsverfahrens mit der Anlage 4 unter Beifügung folgender Unterlagen (für die Buchstaben g) und i) genügt die Erklärung auf der Anlage 4) die Voraussetzungen dieser Vereinbarung nach:

1. Organisatorische Voraussetzungen:

- a) Nachweis der Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (die Bestätigung der Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft ist unaufgefordert nachzureichen),
- b) Antrag für eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (oder Versicherungsschein) (der Versicherungsschein ist unaufgefordert nachzureichen),
- c) das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen vergebene Institutionskennzeichen (IK) für die Pflegeeinrichtung,
- d) Nachweis geeigneter Geschäftsräume, z. B. Miet- oder Pachtvertrag,
- e) sofern die Rechtsform es erfordert den Nachweis über die Beantragung der Eintragung im Handelsregister / Vereinsregister oder den jeweiligen Registerauszug (unaufgefordert ist der Auszug nachzureichen),
- f) Auszug des notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrages mit Angabe der Gesellschafter, Unternehmenszweck, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse oder eine Liste der Gesellschafter, aus der Namen, Anschrift und Geburtsdatum der Gesellschafter hervorgeht, sofern diese im Zuge der Anmeldung an das Registergericht beurkundet wurde,
- g) Angabe einer eigenständigen Telefon- und Faxnummer,
- h) polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als sechs Monate) für den Inhaber bzw. die Gesellschafter, den Geschäftsführer,
- i) geeignetes Fahrzeug,
- j) Nachweise in geeigneter Form über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen der Pflege(fach)kräfte

2. Personelle Voraussetzungen:

- a) Nachweis über das Mindestpersonal (§ 7)
- b) beglaubigte Kopien (nicht älter als sechs Monate) der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung,
- c) polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als sechs Monate) der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung,

---

<sup>1</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

- d) Kopien von Auszügen der unterschriebenen Arbeitsverträge, zum Nachweis der Mindestpersonalvoraussetzung mit Angabe des Beschäftigungsumfanges (Arbeitszeit), Beschäftigungsart/Funktion und Beginn der Beschäftigung (Ausnahme Inhaber),
- e) Kopien von geeigneten Unterlagen (Nachweise aus Vorbeschäftigungen) zur Nachweisführung der Erfüllung der Mindestberufserfahrung (gem. § 6) der ständig verantwortlichen Pflegefachkraft sowie der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft,
- f) Nachweis über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für eine Leitungsfunktion für die verantwortliche Pflegefachkraft von mindestens 460 Unterrichtsstunden oder eines pflege(wissenschaftlichen), betriebswirtschaftlich oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Hochschule oder Universität.

(2) Der Antrag (Anlage 4) ist nicht erforderlich in Fällen von Formwechsel nach §§ 190 ff. UmwG und Kapitalerhöhung einer UG im Rahmen des GmbHG, Umwandlung nach Maßgabe des Nds. Kommunalverfassungsgesetzes, Verlegung des Geschäftssitzes innerhalb von Niedersachsen (§ 22 Abs. 6). Erforderlich ist eine Anzeige bei den Landesverbänden der Krankenkassen<sup>2</sup>.

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

## § 4

### Praxis- und Betriebseinrichtung

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

- Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Scheren, Desinfektionsmittel, Händedesinfektionsmittel, sterile Handschuhe,
- Blutzuckermessgerät,
- Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
- Steckbecken, Urinflasche mit Halter,
- Krankenunterlagen, Windeln und Zellstoff,
- Kochsalzlösungen in den üblichen Konzentrationen und destilliertes Wasser

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

## § 5

### Personelle Voraussetzungen

(1) Als Personal gem. §§ 6 und 7 sind insgesamt Kräfte mit mindestens 115,5 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit zu beschäftigen. Die Voraussetzung der Sozialversicherungspflicht gilt nicht für maximal zwei Personen, die als Eigentümer (Inhaber) oder Gesellschafter im jeweiligen Krankenpflagedienst hauptberuflich tätig sind.

Beschäftigte, die dem Krankenpflagedienst ununterbrochen länger als drei Monate nicht zur Verfügung stehen, können nicht mehr auf die Personalmindestvorhaltung angerechnet werden.

---

<sup>2</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

Dies gilt insbesondere, wenn sich die Beschäftigten für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten

1. in Elternzeit befinden, oder
2. arbeitsunfähig sind.

Der Mindestpersonalbestand ist zu Zeiten der Unterschreitung der Personalmindestvorhaltung spätestens zum Ablauf von drei Monaten wieder sicherzustellen und infolgedessen entsprechend anzupassen.

(2) Werden die Mindestanforderungen gemäß Abs. 1 S. 1 für mindestens drei Monate unterschritten, so ist dies den vertragsschließenden Krankenkassen(verbänden)<sup>3</sup> unverzüglich anzuzeigen.

(3) Die Krankenpflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.

(4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.

(5) Der Einsatz freiberuflich tätiger Pflegekräfte ist ausgeschlossen.

## § 6

### Fachliche Leitung

(1) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

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

Beim Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers im Einzelfall Ausnahmen zugelassen werden.

e) Bei Ausscheiden oder dauerhaftem Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft ist die Stelle unverzüglich neu zu besetzen. Erfüllt die neue verantwortliche Pflegefachkraft noch nicht die

---

<sup>3</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

Voraussetzungen nach d) ist hierfür im Einzelfall eine Übergangsregelung mit den Vertragspartnern<sup>4</sup> zu treffen. Mit der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen sollte spätestens sechs Monate nach Aufnahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft begonnen worden sein.

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

## **§ 7**

### **Pflegekräfte**

Zusätzlich sind mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegekräfte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt mindestens 45 Stunden zu beschäftigen.

Als Pflegekräfte gelten staatlich anerkannte

- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger,
  - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger,
  - Altenpflegerinnen/-pfleger,
  - Pflegefachfrauen/ -männer,
- sowie
- Pflegeassistentinnen/-assistenten und
  - Krankenpflegehelferinnen/-helfer.

Vertretungspersonal (Krankheit, Urlaub), mit entsprechender Qualifikation, ist sicherzustellen.

## **Kapitel III**

### **- Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

## **§ 8**

### **Qualitätssicherung**

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

(2) Der Leistungserbringer erklärt und weist bei Antragstellung und danach auf Anfrage gegenüber der Krankenkasse<sup>5</sup> nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt. Ein personeller Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. ihrer Vertretung wird der Krankenkasse unverzüglich angezeigt.

---

<sup>4</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

<sup>5</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

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

(4) Der Leistungserbringer hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Sie ist beim Versicherten aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Versicherten ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Leistungserbringer zu führen. Sofern der Leistungserbringer ein digitales Pflegedokumentationssystem führt und dies beim Versicherten vor Ort Anwendung findet, dann ist eine digitale Dokumentation ausreichend, die nicht notwendigerweise beim Versicherten aufzubewahren ist.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken. Wenn eine elektronische Dokumentation erfolgt, ist durch den Pflegedienst sicherzustellen, dass insbesondere die an der Versorgung beteiligte Vertragsärztin oder der an der Versorgung beteiligte Vertragsarzt Zugriff auf die Informationen aus der Dokumentation haben.

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

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

(7) Kann die Durchführung oder das Ziel der häuslichen Krankenpflege aus medizinischen, krankpflegerischen oder sozialen Gründen nicht mehr gewährleistet werden, ist die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. Eine weitere Verpflichtung für den Krankenpflegedienst besteht gegenüber der Krankenkasse nicht.

## **§ 9**

### **Fort- und/oder Weiterbildung**

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

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

(3) Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse<sup>6</sup> im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen oder einen vertragsschließenden Landesverband der Krankenkassen im Namen aller Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch den Leistungserbringer. In diesem sind die Vor- und Nachnamen der Beschäftigten, Thema, Umfang - in Zeitstunden - und die Termine der Fort- und/oder Weiterbildungen aufzuführen. In begründeten Fällen können auch über den Nachweiszeitraum hinaus Nachweise oder Teilnahmebescheinigungen angefordert werden.

(4) Kommt der Leistungserbringer seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird durch Bescheid des im Sinne des Absatzes 3 auffordernden Vereinbarungspartners eine Nachfrist von mindestens sechs Monaten gesetzt. Innerhalb der Nachfrist ist jede Krankenkasse berechtigt,

---

<sup>6</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.



die Vergütung ab dem der Zustellung des Bescheides folgenden Monatsersten bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die nachgeholtten Fortbildungen um 10 % des Umsatzes im Leistungsbereich SGB V zu kürzen, der dem Anteil der nicht ausreichend fortgebildeten Mitarbeiter/-innen (in VZ-Stellen) entspricht. Im Wiederholungsfall verdoppelt sich der Prozentsatz nach Satz 2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Rechnungsempfängern bei Rechnungslegung die festgestellte Kürzung anzuzeigen. Die nachgeholtten Fort- und/oder Weiterbildungen werden auf die nach Absatz 2 erforderlichen laufenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen nicht angerechnet.

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

## **§ 10 Qualitäts-/ Abrechnungsprüfungen**

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

(2) Leistungserbringer, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, sind verpflichtet an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen.

## **Kapitel IV - Leistungserbringung, Abrechnung und Vergütung**

### **§ 11 Erbringung der Leistungen**

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

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

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

(4) Die Erbringung der Leistung setzt das Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung voraus. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Vor- und Rückseite der Verordnung - Muster 12 - (ggf. und ausnahmsweise auch vor der Unterzeichnung durch den Versicherten oder den Betreuer) als Fax der Krankenkasse vorliegt; das Original mit der Unterschrift auf der Rückseite des Muster 12 ist unverzüglich nachzureichen. Kosten für vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen, soweit sie genehmigt oder zu genehmigen sind.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Nach individueller Absprache zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer kann die Verordnung fristwahrend auch elektronisch übermittelt werden.

## **§ 11a**

### **Qualifikationsvoraussetzung zur Leistungserbringung**

(1) Die Pflegefachkräfte im Krankenpflagedienst (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger, Altenpflegerinnen/-pfleger und Pflegefachfrau/-mann) sind berechtigt, sämtliche Leistungen der Häuslichen Krankenpflege zu erbringen, sofern dieser Vertrag oder eine seiner Anlagen nichts Abweichendes regeln.

(2) Die weiteren Mitarbeitenden im Krankenpflagedienst können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, für die sie nach ihrer Berufsausbildung qualifiziert sind. Mitarbeitende mit einer in der Anlage 5 „Kompetenzmatrix“ aufgeführten Berufsausbildung dürfen mindestens die dort markierten Maßnahmen erbringen.

3) Mitarbeitende, die eine staatlich anerkannte Ausbildung von mindestens einem Jahr in einem Gesundheits(fach)beruf oder einem Pflegeberuf absolviert haben, können in Ergänzung der Regelungen in den Absätzen 2 und 4 und nach erfolgreichem Abschluss einer externen Qualifizierungsmaßnahme gem. der Anlage 6 „Curriculum gem. § 11a Abs. 3“, die vorab von den Krankenkassen/-verbänden anerkannt worden ist, folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen: Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Flüssigkeitsbilanzierung, Klyisma /Klistier, Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

(4) Mitarbeitende ohne formale Qualifikation können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Abs. 5 verfügen. Diese Mitarbeitenden können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

Inhalationen, Einreibungen, Kälteträger auflegen, Dermatologische Bäder, Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose an- bzw. ausziehen sowie Medikamente verabreichen/eingeben, Kompressionsverband (Abnehmen), Stützverband abnehmen, An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung.

Krankenpflagedienste sind nicht verpflichtet, Mitarbeitende ohne formale Qualifikation einzusetzen.

(5) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Mitarbeitende nach Abs. 3 und Abs. 4 entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden.

Damit liegt die Verantwortung für

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

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

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

Zur Feststellung der Eignung überprüft die verantwortliche Pflegefachkraft, ob die jeweilige behandlungspflegerische Maßnahme von dem Mitarbeitenden durchgeführt werden kann. Hierzu findet ergänzend eine Anleitung zur Durchführung durch die verantwortliche Pflegefachkraft statt. Die verantwortliche Pflegefachkraft hat zu bestätigen, ob der Mitarbeitende die jeweilige Maßnahme durchführen kann. Die Überprüfung sowie die entsprechende Bestätigung erfolgen mindestens einmal jährlich.

Über die Feststellung der materiellen Qualifikation führt der Pflegedienst einen Nachweis mit folgenden Inhalten (dieser ist den Krankenkassen<sup>8</sup> auf Anforderung vorzulegen):

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

(6) Auszubildende in der Pflege können ab dem zweiten Ausbildungsjahr entsprechend ihrem Ausbildungsstand nach fachlicher Anleitung im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung neben den in Abs. 4 aufgeführten Leistungen die nachweislich erlernten Leistungen selbstständig erbringen, sofern die anleitende Pflegefachkraft sich zuvor von deren individueller Befähigung überzeugt und dies mit Datum dokumentiert hat sowie ferner eine kontinuierliche Reflektion und Überprüfung durch die anleitende Pflegefachkraft sichergestellt und ihre kurzfristige Erreichbarkeit in unklaren und akuten Situationen gewährleistet ist.

(7) Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung kann von Mitarbeitenden ohne formale Qualifikation nach Anleitung durch eine Fachkraft und unter Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft durchgeführt werden.

(8) Über die Versorgung von beatmungspflichtigen und nicht beatmungspflichtigen Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktionen einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegefachkraft bedürfen und Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß der HKP-Richtlinie haben, schließen die Krankenkassen mit den Pflegediensten eine Ergänzungsvereinbarung. Dieser sind die Inhalte der Bundesrahmenempfehlung zu Grunde zu legen. Dies betrifft die Versorgung von beatmungspflichtigen und nicht beatmungspflichtigen Versicherten, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können. Hierbei handelt es sich um Versicherte, die kontinuierlich der Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bedürfen und gegebenenfalls um Versicherte mit Veränderungen der Vitalfunktion Atmung, wenn sie kontinuierlich bzw. zeitweise beatmet werden. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen, insbesondere durch einschlägige pädiatrische Qualifikationen bzw. Zusatzqualifikationen.

Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse des Versicherten anzuzeigen, dass er pflegerische Leistungen im Sinne des § 11a Abs. 8 für mindestens zwei Versicherte in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt. Die Anzeige enthält mindestens folgende Angaben:

- Pflegedienst (Name, Adresse, Institutionskennzeichen),
- Name der / des Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, ggf. Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Adresse der / des Versicherten, ggf. davon abweichender Wohnort,
- Platzzahl der Wohneinheit sowie Angabe der weiteren von der Versorgung in der organisierten Wohneinheit betroffenen Krankenkassen.

---

<sup>8</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

## § 12

### Art, Umfang und Nachweis der Leistungen

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

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Krankenpflegedienstes
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers
- Art und Anzahl der verordneten und genehmigten, tatsächlich erbrachten Leistungen
- Tag und Uhrzeit des Beginns und des Endes des Einsatzes<sup>9</sup>
- Handzeichen der Pflegekraft pro Einsatz

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

(2) Bei elektronischer Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. In diesen Fällen genügt die Unterschrift des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/der im Haushalt des Versicherten lebt, einmal monatlich auf dem Leistungsnachweis.<sup>10</sup> Das Handzeichen der Pflegekraft kann auch elektronisch erstellt werden. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis durch Unterschrift bestätigt. Nicht zulässig ist das Einsetzen einer eingescannten Unterschrift.

## § 13

### Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen und Beanstandungen

(1) Die Rechnungen sind bei der Krankenkasse monatlich einzureichen. Bei beendeten Leistungsfällen kann davon abgewichen werden.<sup>11</sup>

(2) Der Rechnung ist der Leistungsnachweis nach § 12 beizufügen.<sup>12</sup>

(3) Der Leistungserbringer hat für den Abrechnungsverkehr sein Institutionskennzeichen zu verwenden. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.

(4) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die Unterlagen zur Prüfung zurückgeben. Beanstandete Rechnungen, die in Teilen unstrittig sind, sind insoweit zu begleichen. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung im Sinne des § 823 BGB vor.

---

<sup>9</sup> Die Angabe des Endes des Einsatzes (§ 12 Abs. 1 S.2) ist spätestens mit den Abrechnungen zum 01.04.2024 durch die Krankenpflegedienste im Leistungsnachweis anzugeben.

<sup>10</sup> Vorherige individuelle Absprache mit der Krankenkasse erforderlich über eine elektronische Unterschrift auf dem Leistungsnachweis des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/der im Haushalt des Versicherten lebt.

<sup>11</sup> Für den Fall, dass noch keine Genehmigungsnummer vorliegt, aber ein Zahlungsanspruch nach § 6 Abs. 5 der HKP-Richtlinie besteht, kann zur Abrechnung der Schlüssel C2 nach Kapitel 8.1.17 der Anlage 3 der Richtlinie nach § 302 SGB V verwendet werden, und die Rechnung ist von der Krankenkasse bzw. ihrer Abrechnungsstelle entsprechend zu bearbeiten.

<sup>12</sup> Nach individueller Absprache zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer kann die Übermittlung des Leistungsnachweises nach § 12 bei digitaler Dokumentation auch in elektronischer Form erfolgen.

(5) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 3 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle anlässlich der Abrechnungen die Krankenkasse, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle (vgl. § 278 BGB). Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.

(6) Beauftragt eine Krankenkasse eine Abrechnungsstelle mit der Durchführung der Abrechnung, hat sie zu gewährleisten, dass die Abrechnungsstelle sämtliche Regelungen dieses Vertrages einhält und über Änderungen des Vertrages ohne schuldhaftes Zögern informiert wird. Die Krankenkasse informiert die Abrechnungsstelle jeweils ohne schuldhaftes Zögern über die aktuelle Vertragssituation des Pflegedienstes, soweit dies für die Abrechnung relevant ist.

(7) Schädigt die Abrechnungsstelle der Krankenkasse den Leistungserbringer schuldhaft, so haftet die Krankenkasse für die Abrechnungsstelle gemäß § 278 BGB.

## **§ 14**

### **Zahlungsfrist**

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

## **§ 15**

### **Datenträgeraustausch**

(1) Die Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

(2) Abweichend von § 14 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Tage. Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer Abrechnungsformulare verlängert sich die Frist auf vier Wochen (vgl. § 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V).

## **§ 16**

### **Vergütung der Leistungen**

(1) Die ausgeführten Leistungen werden nach der Struktur der Anlage 2 vergütet. Die Höhe der Vergütung regeln separate Vergütungsvereinbarungen der Vertragspartner. Diese können zwischen einzelnen Verbänden oder im Kollektiv mehrerer Verbände geschlossen werden. Dabei sind die geltende Rechtsprechung sowie die Regelungen der Bundesrahmenempfehlung zu Grunde zu legen.

(2) Zahlungen oder Zuzahlungen zu den von der Krankenkasse bewilligten Leistungen dürfen weder von den Anspruchsberechtigten noch von deren Angehörigen gefordert oder angenommen werden.

(3) Die Regelungen über die Laufzeit und die Kündigung der Vergütungsvereinbarung können von den Regelungen in § 23 abweichen.

## **Kapitel V**

### **- Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson**

#### **§ 17**

##### **Datenschutz und Schweigepflicht**

(1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder zu nutzen.

(2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. § 276 Abs. 2 SGB V ist zu beachten.

(3) Der Leistungserbringer und die Krankenkassen haben ihre Mitarbeitenden zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten.

#### **§ 18**

##### **Vertragsverstöße**

(1) Besteht der Verdacht eines Vertragsverstoßes im Verhältnis zwischen einer an diesen Vertrag gebundenen Krankenkasse und einem durch Beitritt an diesen Vertrag gebundenen Träger eines Krankenpflegedienstes (nachfolgend: „Vertragspartner i.S.d. § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V“), so teilt der jeweils von dem möglichen Vertragsverstoß betroffene Vertragspartner dies dem anderen Vertragspartner i.S.d. § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V mit. Dabei benennt er schriftlich

a) die erheblichen Tatsachen, die zu dem Verdacht eines Vertragsverstoßes führen,

sowie

b) die Bestimmungen, gegen die der andere Vertragspartner verstoßen haben könnte.

Dem anderen Vertragspartner ist eine angemessene Frist zur schriftlichen Stellungnahme zu gewähren, die zwei Wochen ab dem Zugang der Mitteilung nicht unterschreiten darf. Der andere Vertragspartner hat darüber hinaus das Recht, innerhalb der ihm gewährten Stellungnahmefrist beim anderen Vertragspartner die Originale der Unterlagen einzusehen, aus denen sich die für den Verdacht des Vertragsverstoßes erheblichen Tatsachen ergeben.

(2) Bei konkreten Anhaltspunkten für einen Vertragsverstoß setzen sich die Vertragspartner miteinander in Verbindung, um anhand der dazugehörigen Originalunterlagen, Belege und Bescheinigungen den Sachverhalt aufzuklären. Dies kann auch in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers geschehen, wenn der Betriebsinhaber bzw. sein Vertreter oder der Geschäftsführer anwesend ist. Auf Wunsch eines Vertragspartners ist dessen Verband zu beteiligen.

(3) Bestätigt sich der Verdacht eines Vertragsverstoßes, so kann der von dem Vertragsverstoß betroffene Vertragspartner i.S.d. § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V den anderen Vertragspartner abmahnen. Die Abmahnung erfolgt schriftlich und ist zu begründen. Etwaige Schadensersatz-, Unterlassungs- und Folgenbeseitigungsansprüche des jeweiligen Vertragspartners bleiben unberührt.

(4) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen kann die Krankenkasse den durch den Beitritt zustande gekommenen Vertrag i.S.d. § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V mit dem Träger des Krankenpflegedienstes diesem gegenüber ohne Einhaltung von Fristen kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist zu begründen. Die Beendigung dieses Vertragsverhältnisses ist dem an diesem Rahmenvertrag beteiligten Verband, dem der Träger angehört, anzuzeigen.

(5) Die Abs. 1 bis 3 gelten entsprechend für den Fall von Vertragsverstößen im Verhältnis der diesen Rahmenvertrag schließenden Vereinbarungspartner.

## **§ 19**

### **Beilegung von Meinungsverschiedenheiten**

(1) Zur Regelung von Meinungsverschiedenheiten aus dieser Vereinbarung wird ein Einigungsausschuss gebildet. Die Höhe der Vergütung ist nicht Gegenstand des Einigungsausschusses.

(2) Der Einigungsausschuss kann von jeder Vertragspartei angerufen werden und tritt dann innerhalb einer Frist von 6 Wochen zusammen.

(3) Der Einigungsausschuss ist paritätisch besetzt. Nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung gibt er sich eine Geschäftsordnung, in der auch die Besetzung durch die Vereinbarungspartner geregelt wird.

## **§ 20**

### **Regelungen zur Schiedsperson**

(1) Kommt zwischen den Vereinbarungspartnern keine Einigung über die Inhalte dieses Vertrages oder zwischen den Partnern der jeweiligen Vergütungsvereinbarung keine Einigung über die Vergütung zustande, verständigen sich die Vereinbarungspartner auf ein Verfahren zur Bestellung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132a Abs. 4 Satz 7 SGB V, die dann diesen Vertragsinhalt festlegt. Die unabhängige Schiedsperson soll die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen.

(2) Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von den für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt. Für diesen Fall stimmen die Vertragsparteien darin überein, dass Abs. 1 Satz 2 gilt.

## **Kapitel VI - Inkrafttreten**

## **§ 21**

### **Beitritt zur Vereinbarung**

(1) Die Vereinbarung einschließlich der jeweiligen Vergütungsvereinbarung nach § 16 Abs. 1 gilt, soweit sie für einen Vereinbarungspartner nicht unmittelbare Wirkung entfaltet, für die Krankenkassen und Leistungserbringer, die ihr durch schriftliche Erklärung gegenüber ihrem jeweiligen vereinbarungsschließenden Verband beitreten.

(2) Der Leistungserbringer weist gegenüber den Krankenkassen<sup>13</sup> nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt (Anlage 4).

(3) Der Beitritt nach Absatz 1 wird wirksam, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nachgewiesen sind.

(4) Jeder Vereinbarungspartner listet die der Vereinbarung ihm gegenüber Beigetretenen auf und stellt die Liste den übrigen Vereinbarungspartnern zur Verfügung. Veränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

(5) Der Beitritt kann unter Ausübung pflichtgemäßen Ermessens abgelehnt werden, wenn in der Person des Inhabers des Krankenpflagedienstes, eines Gesellschafters, eines Geschäftsführers, der verantwortlichen Pflegefachkraft oder deren Vertretung Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im Krankenpflagedienst ungeeignet sind.

Als ungeeignet gilt insbesondere, wer

- Inhaber, Gesellschafter oder Geschäftsführer einer Pflegeeinrichtung war, der aufgrund eines nachgewiesenen Vertragsverstoßes das Vertragsverhältnis innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung rechtskräftig gekündigt wurde,
- wegen eines Verbrechens oder wegen einer Straftat gegen das Leben, die sexuelle Selbstbestimmung oder die persönliche Freiheit, wegen vorsätzlicher Körperverletzung, wegen Erpressung, Urkundenfälschung, Untreue, Diebstahls, Unterschlagung, Betruges, Hehlerei oder wegen einer gemeingefährlichen Straftat oder einer Insolvenzstraftat zu einer Freiheitsstrafe (von mindestens drei Monaten) oder einer Geldstrafe von min. 90 Tagessätzen rechtskräftig verurteilt wurde, sofern die Tilgung im Bundeszentralregister noch nicht erfolgt ist,
- in den letzten fünf Jahren, längstens jedoch bis zum Eintritt der Tilgungsreife der Eintragung der Verurteilung im Bundeszentralregister, wegen einer Straftat nach den §§ 29 bis 30b des Betäubungsmittelgesetzes oder wegen einer sonstigen Straftat, die befürchten lässt, dass die Vorschriften dieses Vertrages nicht beachtet werden, rechtskräftig verurteilt worden ist,
- sich entgegen geltender Vorschriften (§§ 299, 299a, 299b StGB) Geld- oder geldwerte Leistungen versprechen oder gewähren ließ.

## **§ 22**

### **Beendigung des Beitritts**

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

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

(3) Ein wichtiger Grund nach Abs. 2 liegt insbesondere dann vor, wenn die Personalmindestvorhaltung nach § 5 Abs. 1 für mindestens drei Monate unterschritten wird und nicht innerhalb von weiteren vier Monaten durch den Leistungserbringer behoben wird.

---

<sup>13</sup> Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.



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

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

(6) Der Beitritt endet durch:

- Betriebsaufgabe,
- Änderung der Trägerschaft

Kein Trägerwechsel liegt in folgenden Fällen vor:

- Eintritt eines Gesellschafters in eine bestehende Personengesellschaft und Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer Personengesellschaft, wenn diese nicht aufgelöst wird, sondern fortbesteht;
- Formwechsel nach §§ 190 ff UmwG und Kapitalerhöhung einer UG im Rahmen des GmbHG;
- Umwandlung nach Maßgabe des Nds. Kommunalverfassungsgesetzes;
- Verlegung des Geschäftssitzes innerhalb von Niedersachsen.

In allen übrigen Fällen der Ausgliederung oder Umwandlung gelten die jeweils aktuellen gesetzlichen Regelungen des Gesellschaftsrechts einschließlich des Umwandlungsrechts. Die Vertragsparteien nehmen bei derartigen gesellschaftsrechtlichen Veränderungen Verhandlungen miteinander darüber auf, ob sich hierdurch Auswirkungen auf die bestehenden Verträge ergeben.

## **§ 23**

### **Vereinbarungsdauer**

(1) Diese Vereinbarung tritt mit ihren Anlagen am 01.09.2023 in Kraft.

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

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

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

## **§ 24**

### **Bundesrahmenempfehlung**

Sofern abschließende Regelungen zu einzelnen Aspekten in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V vorliegen, werden Verhandlungen zu entsprechenden Vertragsinhalten dieser Vereinbarung aufgenommen; die Regelungen der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V sind diesen Verhandlungen zugrunde zu legen. Einer Kündigung bedarf es hierzu nicht.

## § 25

### Salvatorische Klausel

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

### Anlagen

- Anlage 1 Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1 und 1a sowie zur Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V
- Anlage 2 Struktur der Vergütungsvereinbarung
- Anlage 3 Ermächtigungserklärung
- Anlage 4 Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen
- Anlage 5 Kompetenzmatrix
- Anlage 6 Curriculum gem. § 11a Abs. 3
- Anlage 7 Übersicht der zuständigen Stellen (Federführung)

### Protokollnotizen

#### **Protokollnotiz zur Federführung der Krankenkassen, nach § 3 Abs. 1, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 3, § 11a Abs. 5 und § 21 Abs. 2 dieser Vereinbarung (vgl. Anlage 7)**

Die Landesverbände der Krankenkassen in Niedersachsen haben gegenwärtig untereinander eine Arbeitsteilung vereinbart, nach der für jede Einrichtung jeweils ein Landesverband „federführend“ zuständig ist. Solange dieses Federführungssystem fortbesteht, ist es ausreichend, wenn Anträge, Anzeigen, Informationen und Mitteilungen des Trägers des Krankenpflagedienstes mitsamt der erforderlichen Unterlagen und Nachweise bei dem jeweils federführenden Landesverband eingehen. Ein darüber hinausgehender Versand an die übrigen Landesverbände der Krankenkassen ist entbehrlich.

#### **Protokollnotiz zu § 11a Abs. 1 dieser Vereinbarung**

Auf Krankenpflegehelferinnen/ -helfer, die am 31.12.2013 bei einem der Rahmenvereinbarung beigetretenen Pflegedienst beschäftigt sind, findet § 7 Abs.1 des Rahmenvertrages vom 01.03.2008 weiterhin Anwendung<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> § 7 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung vom 01.03.2008: Zusätzlich sind mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger, Krankenpflegehelferin/-helfer) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt mindestens 45 Stunden zu beschäftigen.

### **Protokollnotiz zu § 11a Abs. 4 -5 dieser Vereinbarung**

Die Regelungen des § 11a Abs. 4 – 5 erfolgen, um Vorteile für den Versicherten zu erreichen und Doppelleinsätze zu vermeiden. Dies bedeutet nicht, dass Krankenpflegedienste verpflichtet sind, Mitarbeiter ohne formale Qualifikation einzusetzen.

### **Protokollnotiz zu § 13 Abs. 4 dieser Vereinbarung**

Die Krankenkassen stellen intern bzw. im Verhältnis zu ihren Abrechnungsstellen sicher, dass die Pflegedienste darüber informiert sind, an welcher Stelle sie sich zuständigkeitshalber im Falle der Bearbeitung von Beanstandungen wenden können.

### **Protokollnotiz zu § 21 dieser Vereinbarung:**

Diese Vereinbarung gilt für alle Krankenpflegedienste, die der Vereinbarung mit Stand 01.01.2014 beigetreten waren, wenn sie nicht bis zum 01.10.2023 schriftlich gegenüber ihrem Verband widersprechen.

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

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

## Von den folgenden Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen

---

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e.V.

---

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e.V.

---

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e.V.

---

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

---

Caritasverband für die Diözese Hildesheim e.V.

---

Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.

---

Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen vertreten durch  
das Deutsche Kreuz, Landesverband Niedersachsen e.V.

---

Diakonisches Werk in Niedersachsen e.V.

---

Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.

**Die in der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zusammengeschlossenen Trägerverbände**

---

Niedersächsischer Landkreistag e.V.

---

Niedersächsischer Städtetag e.V.

---

Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund e.V.

## Von den folgenden Verbänden der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

---

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.

---

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und ambulanter Dienste e.V.

---

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre  
Einrichtungen Landesverband Niedersachsen e.V.

---

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

---

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.

---

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

## Die niedersächsischen Krankenkassen bzw. deren Landesorganisationen

---

AOK Niedersachsen.– Die Gesundheitskasse.

---

BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Niedersachsen

---

IKK classic

---

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord,  
Standort Hannover

---

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

---

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

## Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V

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

### Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
1	011 310/ 101 310	<b>Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit</b>	Beratung und Kontrolle des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z.B. bei Grundverrichtungen des täglichen Lebens, wie Lagern, Körperpflege).	
2	011 120/ 021 120/ 101 120/ 111 120	<b>Grundpflege</b>	Gegenstand der Grundpflege sind Grundverrichtungen des täglichen Lebens. Dazu gehören insbesondere folgende Verrichtungen gem. der HKP-Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausscheiden,</li> <li>- Ernährung,</li> <li>- Körperpflege ggf. einschließlich pflegerischer Prophylaxen,</li> <li>- Lagern,</li> <li>- Hilfen zur Verbesserung der Mobilität</li> </ul>	Bei zeitgleicher Verordnung der Pos. 2 und 3 sind beide Positionen in einem Einsatz zu erbringen.
3	013 120/ 023 120/ 103 120/ 113 120	<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>	Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besorgungen (auch von Arzneimitteln),</li> <li>- Bettwäsche wechseln,</li> <li>- Einkaufen</li> <li>- Heizen,</li> <li>- Geschirr spülen,</li> <li>- Müllentsorgung,</li> <li>- Mahlzeitenzubereitung (auch Diät),</li> <li>- Wäschepflege,</li> <li>- Reinigung der Wohnung (umfasst die Unterhaltsreinigung, nicht jedoch eine Grundreinigung der Wohnung)</li> </ul>	Bei zeitgleicher Verordnung der Pos. 2 und 3 sind beide Positionen in einem Einsatz zu erbringen.
4		<b>unbesetzt</b>		
5		<b>unbesetzt</b>		



## Leistungsbeschreibung zur Behandlungspflege

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
6.1	032 300	<b>Absaugen der oberen Luftwege</b>	Entfernen von Sekret mittels Sonde und Absauggerät oral, nasal und/ oder endotracheal (über Endotrachealtubus oder Trachealkanüle/ Tracheostoma).	Bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen.
6.2	032 242	<b>Bronchialtoilette</b>	Therapeutische Spülung der Bronchien z.B. mit physiologischer Kochsalzlösung evtl. unter Zusatz von Sekretolytika.	Einschl. Absaugen.  Pos. 6.1 (Absaugen der oberen Luftwege) ist nicht nebenher abrechenbar.
7	032 310	<b>Anleitung des Betroffenen, von Angehörigen oder anderen Personen in der Häuslichkeit zur Behandlungspflege</b>	Die Pflegekraft leitet den Patienten, Angehörige oder eine andere Person zur selbständigen und dauerhaften Übernahme der behandlungspflegerischen Maßnahmen an.  Die anzuleitende Person wird: - hinsichtlich der anzuleitenden Maßnahme beraten, - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt, - im Hinblick auf das Beherrschen der Maßnahme kontrolliert.	Nach Beendigung der verordneten Anleitungen ggf. auch vorher, wird der verordnende Arzt über das Ergebnis der Anleitung unverzüglich informiert.  Die Anleitung kann täglich (auch mehrfach), muss jedoch nicht an aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen.  Abrechenbar je Maßnahme.
8	032 238	<b>Bedienung des Beatmungsgeräts</b>	Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z.B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck). Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes und Funktionsüberprüfung, Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z.B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O <sub>2</sub> - Zellen).	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
9	032 241	<b>Blasenspülung</b>	Einbringen einer Lösung unter sterilen Kautelen mittels Blasenspritze oder Spülsystem durch einen Dauerkatheter, Abfließenlassen der Flüssigkeit und Beobachtung dieser (Farbe, Menge, Beimengungen).	Blasenspülungen werden nur vorgenommen bei durchflussbehinderten Kathetern infolge Pyurie oder Blutkoageln. Pos. 20 (Instillation) ist nicht nebenher abrechnungsfähig.
10	032 201	<b>Blutdruckmessung</b>	Ermittlung und Bewertung des arteriellen Blutdrucks mittels eines Blutdruckmessgeräts.	I.d.R. nur bei Erst- und Neueinstellungen.  Keine 24-h-Blutdruckmessungen mittels Dauermessgerät.
11	032 240	<b>Blutzuckermessung</b>	Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehalts kapillaren Blutes mittels Testgerät (z.B. Glucometer) gemäß HKP-RL.	
11a	032 C24	<b>Interstitielle Glukosemessung</b>	Bei Durchführung einer Intensivierten Insulintherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes mittels Testgerät</li> <li>- Sensorwechsel bei Bedarf</li> <li>- Kalibrierung bei Bedarf</li> </ul>	Die Pos. 11 ist nicht nebenher abrechnungsfähig.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
12	032 B79	<b>Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung</b>	<p>Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle.</p> <p>Bei der Verordnung ist die Lokalisation, Länge, Breite, Tiefe und soweit möglich der Grad des Dekubitus anzugeben. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind soweit bekannt auf der Verordnung zu nennen.</p> <p>Der Positionswechsel ist durch den Pflegedienst in der Dokumentation festzuhalten (insbesondere Zeiten, Lagerungspositionen).</p>	<p>Die Leistung ist ab Dekubitus Grad 1 (nicht wegdrückbare Hautrötung) verordnungsfähig.</p> <p>Sofern eine Wundversorgung notwendig ist, ist die Leistung nur in Kombination mit den Pos. 31.1, Pos. 31.2 oder Pos. 31.4 verordnungsfähig.</p> <p>Dekubitus Grad 1: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen für jeweils bis zu 7 Tage. Ab Dekubitus Grad 2: Erstverordnung sowie Folgeverordnungen jeweils bis zu 4 Wochen.</p>
13	032 246	<b>Drainagen</b>	<p>Versorgung von Drainagen, die der Ableitung von Sekreten, Blut, serösen Flüssigkeitsansammlungen, Eiter aus Gelenken, Körper- oder Wundhöhlen dienen. Überprüfen der Lage und des Sekretabflusses sowie von Laschen, Kürzen von Laschen, Wechseln des Sekretbehälters.</p>	<p>Bei Verbandswechsel (Pos. 31.1 oder Pos. 31.2) und Drainage an derselben Körperstelle ist nur der Verbandswechsel abrechenbar</p>
14.1	032 247	<b>Einlauf</b>	<p>Der Einlauf beinhaltet das Einbringen von Flüssigkeiten in den Enddarm zwecks Darmentleerung. Dazu gehört der Reinigungseinlauf und die damit ggf. verbundene digitale Ausräumung sowie die Kreislaufüberwachung einschl. Blutdruckmessung.</p>	<p>Die Pos. 14.2 (Klysma), Pos. 14.3 (Ausräumung) und Pos. 10 (Blutdruckkontrolle) sind nicht nebenher abrechnungsfähig.</p>
14.2	032 303	<b>Klysma / Klistier</b>	<p>Einbringen einer begrenzten Menge Flüssigkeit mittels Fertigampulle in den Enddarm.</p>	
14.3	032 315	<b>Digitale Enddarmausräumung</b>	<p>Manuelles Ausräumen des Enddarmes bei therapieresistenter Obstipation.</p>	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
15	032 249	<b>Flüssigkeitsbilanzierung</b>	Messung der Ein- und Ausfuhr von Flüssigkeiten mit kalibrierten Gefäßen, ggf. inkl. Messung von Bein- und Bauchumfang und Gewichtskontrolle.	
16.1	032 251	<b>Infusion, i.v.</b>	Wechseln und/oder Anhängen/ Abnehmen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges.	
16.2	032 430	<b>Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung anhängen</b>	Zubereitung / Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath, Spülen des Zuganges, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge.  Ggf. Verbandwechsel einschließlich Kontrolle und Beurteilung der Einstichstelle sowie Flüssigkeitsbilanzierung und Gewichtskontrolle.  Bei Infusionen i. V. zur Flüssigkeitssubstitution verbleibt es bei der Anwendung der Pos. 16.1.	Folgende Leistungen sind nicht nebenher abrechenbar, sofern die Leistung in unmittelbarem zeitlichem und inhaltlichem Zusammenhang mit der Versorgung zur parenteralen Ernährung steht: Pos. 10, Pos. 11, Pos. 15, Pos. 16.1, Pos. 18, Pos. 19, Pos. 24, Pos. 26.2, Pos. 26.3., Pos. 30
16.3	032 431	<b>Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung abnehmen</b>	Abnehmen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath, Durchspülen des Zuganges, Verschluss des Zuganges.  Bei Infusionen i. V. zur Flüssigkeitssubstitution verbleibt es bei der Anwendung der Pos. 16.1.	Folgende Leistungen sind nicht nebenher abrechenbar, sofern die Leistung in unmittelbarem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Versorgung zur parenteralen Ernährung steht: Pos. 10, Pos. 11, Pos. 15, Pos. 16.1, Pos. 18, Pos. 19, Pos. 24, Pos. 26.2, Pos. 26.3., Pos. 30

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
16a.1	032 200	<b>Infusion, s.c., Legen/ Anhängen</b>	Legen/ Anhängen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution mit Hautinspektion, Festlegung der Einstichstelle, Hautdesinfektion, s.c. Punktion mittels Kanüle, Fixierung der Kanüle, Anschließen der Infusion sowie Einstellen und Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge. Zusätzlich Überprüfung der Injektionsstelle auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.	
16a.2	032 591	<b>Infusion, s.c., Wechsel</b>	Wechseln einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution- ohne erneute s.c. Punktion mittels Kanüle - durch Austausch der leeren Infusionsflasche, Anhängen der vollen Infusionsflasche, sowie Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge. Zusätzlich Überprüfung der Injektionsstelle auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.	
16a.3	032 598	<b>Infusion, s.c., Abschließendes Entfernen</b>	Abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution mit Entfernung der Kanüle sowie Abdeckung der Einstichstelle durch Schutzauflage. Zusätzlich Überprüfung der Injektionsstelle auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung.	
17	032 255	<b>Inhalation</b>	Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten, die mittels verordneter Inhalationshilfen in feinste Tröpfchen zerstäubt/vernebelt und über die Atemwege inhaliert werden.	
18	032 256	<b>Injektion</b>	Einbringen von ärztlich verordneten Arzneimitteln mittels Hohlnadel in den Körper einschließlich Aufziehen und Dosieren (nur subkutan und intramuskulär).	Je Injektion abrechenbar.  Bei s.c. Injektionen muss die Möglichkeit der eigenständigen Durchführung, z.B. mit Selbstapplikationshilfe, ggf. auch nach Anleitung, ausgeschlossen sein.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
19	032 311	<b>Injektionen, Richten von</b>	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation auf Vorrat.	I.d.R. nur bei hochgradiger Sehbehinderung oder Blindheit.  Auch geltend für im Haushalt lebende Personen, die injizieren, die Injektion aber nicht richten können.
20	032 259	<b>Instillation</b>	Einbringen von flüssigen Medikamenten in natürliche Körperöffnungen, Hohlorgane, Körperhöhlen.	Pos. 9 (Blasenspülung) ist nicht nebenher abrechnungsfähig.
21	032 203	<b>Kälteträger</b>	Auflegen eines, ggf. in eine Schutzauflage gewickelten, Kälteträgers (z.B. Eisbeutel).	Je Anwendung abrechenbar.
22	032 313	<b>Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter</b>	Entfernen des Verbandes, Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente, Kontrolle der Lage, Anlegen des Verbandes. - nach Neuanlage - bei Entzündung mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle - bei gesundheitsgefährdenden Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter	Bei nicht infizierten Wunden ist eine tägliche Versorgung i.d.R. nicht erforderlich.  Verbandswechsel (Pos. 31.1 oder Pos. 31.2) an anderen Körperstellen sind nebenher abrechenbar.
23	032 262	<b>Katheterisierung</b>	Die Katheterisierung umfasst das Entfernen bzw. Einlegen eines transurethralen Katheters in die Harnblase zwecks Urinentnahme Diese Maßnahme schließt Katheterpflege, Instillation und Spülung ein.	Das Entfernen eines Verweilkatheters ist beim Wechsel nicht gesondert abrechnungsfähig.  Die Pos. 9 (Blasenspülung) und Pos. 20 (Instillation) sind nicht nebenher abrechnungsfähig.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
24	032 320	<b>Spezielle Krankenbeobachtung</b>	Kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut über mindestens 24 Std. – in begründeten Fällen auch weniger – mit dem Ziel festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.	Die Pflegekraft ist über den gesamten Versorgungszeitraum anwesend. Der behandelnde Arzt ist ständig erreichbar und wird laufend über Veränderungen der Vitalzeichen informiert.  Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder pflegerischen Leistung.
24a	032 A89	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt <ul style="list-style-type: none"> <li>- insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation</li> <li>- Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden</li> <li>- Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen</li> </ul> <p>Die Leistung Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.</p>	bis zu 3 x tgl. (vorbehaltlich abweichender ärztlicher Verordnung und ihrer Genehmigung)  Die Leistung Pos. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen und im Leistungsverzeichnis aufgeführten behandlungspflegerischen Maßnahmen.  Die Pos. 24a ist nicht neben einer SAPV-Versorgung gem. § 37b SGB V verordnungsfähig.  Alle an der Erbringung von Leistungen nach Pos. 24a beteiligten Pflegefachkräfte müssen über eine qualifizierte Weiterbildung „Palliativ Care“ im Umfang von mindestens 40 Std. verfügen. <sup>1</sup>  Im Übrigen finden die Bemerkungen der HKP-RL zu Pos. 24a Anwendung, soweit sie das Verhältnis

<sup>1</sup> Diese Weiterbildungsstunden finden Anrechnung auf die Pflichtfort- und -weiterbildungsstunden nach § 9 Abs. 2.

				<p>Kostenträger zu Leistungserbringern betreffen.</p> <p>Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Pos. 24a nicht berührt.</p>
25	032 265	<b>Magensonde</b>	Legen oder Wechseln einer schlauchförmigen Verweilsonde durch Nase oder Mund über die Speiseröhre in den Magen zur Ableitung des Magensaftes oder zur Sicherstellung der enteralen Ernährung, Kontrolle der Lage und Funktion.	Das erstmalige Legen einer Magensonde gehört zur ärztlichen Behandlung.
26.1	032 248	<b>Einreibung</b>	Auftragen und Verteilen von Arzneimitteln (Salben, Emulsionen, Flüssigkeiten, Gels usw.) auf die Haut bei akuten Krankheitsbildern.	<p>Diese Position ist bei Anwendung an verschiedenen Körperteilen i.d.R. zweimal je Einsatz abrechnungsfähig.</p> <p>Ein Verband als Abdeckung ist nicht zusätzlich abrechenbar.</p>



Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
26.2	032 233	<b>Verabreichung/ Eingeben von Medika- menten</b>	Verabreichung/ Eingeben von Medikamen- ten über den Magen-/ Darmtrakt, die Haut (Medikamentenpflaster) und Schleimhaut, die Nase, die Ohren, die Augen oder die Atemwege.	<p>Diese Position ist i.d.R. nur einmal je Einsatz abrechenbar.</p> <p>Die Pos. 16 (Infusion), Pos. 17 (Inhalation), Pos. 18 (Injektion), Pos. 20 (Instillation), Pos. 26.1 (Einreibungen), und Pos. 26.4 (Bäder) sind nebenher abrechenbar.</p> <p>Bei Verabreichung aufeinander aufbauender Augentropfen ist die Leistung mehrfach abrechenbar, sofern der verordnende Arzt die Notwendigkeit der Wartezeit zwischen zwei Verabreichungen anordnet.</p> <p>Im Falle einer Bedarfsmedikation richten sich Dauer und Menge der Dosierung und die Häufigkeit der Abrechenbarkeit nach der für den jeweiligen Einzel-fall ausgestellten und genehmigten ärztlichen Verordnung bzw. dem ärztlich ausgestellten und auf den Einzelfall bezogenen Medikationsplan.</p> <p>Die Pos. 26a.1, Pos. 26a.2, Pos. 26a.3 sind nebenher abrechenbar.</p>

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
26.3	032 312	<b>Richten von Medikamenten</b>	Das Richten der Medikamente erfolgt für bestimmte Zeiträume, i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente). Die Leistung umfasst die Kontrolle der regelmäßigen Einnahme der gerichteten Medikamente. Die Leistung umfasst nicht das Richten individuell verblisteter Medikamente.	Die Kontrolle der Einnahme ist Bestandteil der Leistung und nicht separat abrechenbar.  Die Kontrolle der Einnahme erfolgt beim nächsten Einsatz. Das Verabreichen / Eingeben flüssiger Medikamente (Pos. 26.2) ist auch nebenher abrechenbar.
26.4	032 236	<b>Dermatologisches Bad</b>	Bereitung von Voll- oder Teilbädern (z.B. Arm-/ Beinbad) mit medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern.	Die Position ist nur einmal je Einsatz abrechenbar.  Wundreinigungsbäder (s. Pos. 31.2 und Pos. 31.4) fallen nicht unter diese Position und sind nicht hierunter abrechenbar.  Medizinische Fußbäder, die ausschließlich aufgrund von Durchblutungsstörungen erbracht werden, sind nicht abrechenbar.  Ärztlich verordnete Einreibungen (Pos. 26.1) sind nebenher abrechenbar.
26a.1	032 A96	<b>MRSA-Sanierung des Nasenraums</b>	Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels.	
26a.2	032 A95	<b>MRSA-Sanierung des Mund- und Rachenraumes</b>	Mund- und Rachenspülung oder Auswischen des Mundes mit einer antiseptischen Lösung.	

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
26a.3	032 928	<b>MRSA-Sanierung der Haut und der Haare</b>	Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen.	Diese SGB V-Leistung ist nur zu erbringen und damit abrechnungsfähig, wenn ein Anspruch auf eine entsprechende SGB XI-Leistung nicht besteht.
26a.4	032 A97	<b>Wechseln von Wäsche und/oder Textilien oder Desinfizieren von Gegenständen in Verbindung mit einer MRSA-Sanierung als begleitende Maßnahmen</b>	Textilien, die mit Haut, Haaren oder Schleimhäuten Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut, Haaren oder Schleimhäuten Kontakt haben, täglich desinfizieren.	Diese SGB V-Leistung ist nur zu erbringen und damit abrechnungsfähig, wenn ein Anspruch auf eine entsprechende SGB XI-Leistung nicht besteht.
27	032 309	<b>Versorgung bei PEG</b>	Entfernen des Verbandes oder Wechsel der Schutzauflage, Reinigung der Sonde, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente, Kontrolle der Fixierung, Anlegen des Verbandes.	Bei nicht infizierten Wunden ist eine tägliche Versorgung i.d.R. nicht erforderlich.  Die Pos. 31.1 und Pos. 31.2 sind im Zusammenhang mit dieser Leistung nicht abrechenbar.
28	032 276	<b>Stomabehandlung</b>	Behandlung (z.B. Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Behandlung mit Medikamenten, Verbandwechsel) von künstlich geschaffenen Ausgängen (z.B. Urostoma, Anus praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut.	
29	032 261	<b>Wechsel und Pflege der Trachealkanüle</b>	Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle und Reinigung der entnommenen Trachealkanüle	
30	032 319	<b>Pflege des zentralen Venenkatheters / Port-a-cath</b>	Entfernen des Verbandmaterials an der Einstichstelle, Kontrolle, Versorgung und Beurteilung der Einstichstelle, sowie Aufbringen des Verbandmaterials.	1-2 mal wöchentlich bei Transparentverband.

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.1	032 282	<b>Verband anlegen oder Wechseln</b>	Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen Anlegen bzw. Wechseln von Verbänden, Wundkontrolle, Desinfektion und Reinigung.	<p>Die Versorgung getrennt zu verbindender Wunden ist nebeneinander abrechnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (z.B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) fallen nicht unter diese Position.</p> <p>An derselben Körperstelle sind die Pos. 31.6 (Stützverband) und Pos. 13 (Drainagen) nicht nebenher abrechenbar.</p>
31.2	032 322	<b>Verband anlegen oder wechseln einschließlich Wundreinigungsbad, Spülen von Wundfisteln, Wundhöhlen oder Wundtaschen</b>	Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen, Anlegen bzw. Wechseln von Verbänden, Wundkontrolle, Desinfektion und Wundreinigungsbad, Spülen von Wundfisteln, Wundhöhlen oder Wundtaschen.	<p>Die Versorgung getrennt zu verbindender Wunden ist nebeneinander abrechnungsfähig.</p> <p>Wundschnellverbände (z.B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) fallen nicht unter diese Position.</p> <p>An derselben Körperstelle sind die Pos. 31.6 (Stützverband) und Pos. 13 (Drainagen) nicht nebenher abrechenbar.</p>

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.3.1	032 308	<b>Kompressionsverband anlegen</b>	Anlegen eines Kompressionsverbandes z.B. nach Pütter, Fischer-Tübinger	<p>Kompressionsverbände an verschiedenen Körperteilen sind nebeneinander abrechnungsfähig.</p> <p>Die Pos. 31.1 und Pos. 31.2 sind nicht nebenher abrechenbar.</p> <p>Die Pos. 31.3.2 ist nicht im selben Einsatz abrechenbar.</p>
31.3.2	032 387	<b>Kompressionsverband abnehmen</b>	Abnehmen eines Kompressionsverbandes z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger inklusiv des fachgerechten Aufwickelns	<p>Das Abnehmen von Kompressionsverbänden an verschiedenen Körperteilen ist nicht nebeneinander abrechenbar.</p> <p>Die Pos. 31.3.1 und Pos. 31.4 sind nicht im selben Einsatz abrechenbar.</p>
31.4	032 366	<b>Kompressionsverband anlegen oder wechseln mit Wundversorgung / Wundreinigungsbad</b>	<p>Versorgung von Wunden, typischerweise Ulcus cruris, unter aseptischen Bedingungen Anlegen bzw. Wechseln von Wundverbänden, Wundkontrolle, Desinfektion und Reinigung bzw. Wundreinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln, Wundhöhlen oder Wundtaschen.</p> <p>Zusätzlich Anlegen eines Kompressionsverbandes z.B. nach Pütter, Fischer-Tübinger.</p>	<p>Kompressionsverbände an verschiedenen Körperteilen sind nebeneinander abrechnungsfähig.</p> <p>Bei gleichzeitiger Wundaufgabe und Kompressionsverband im Wundbereich ist diese Position nur einmal je Wunde abrechenbar. Geht der Kompressionsverband darüber hinaus – insbesondere bei einer weiteren behandlungsbedürftigen Krankheit – ist diese Position zweimal abrechenbar.</p> <p>Die Pos. 31.1, Pos. 31.2, Pos. 31.3.1 und Pos. 31.3.2 sind nicht nebenher abrechenbar.</p>

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.5	032 263	<b>Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose</b>	An- bzw. Ausziehen von <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompressionsstrümpfen an Armen oder Beinen</li> <li>- Kompressionsstrumpfhosen</li> </ul>	Die Position ist auch bei der Versorgung beider Beine nur einmal abrechnungsfähig. Bei der Versorgung am Arm ist eine gesonderte Abrechenbarkeit gegeben unabhängig von dem Bein/ den Beinen. An- und Ausziehen ist getrennt abrechenbar.
31.6.1	032 323	<b>Stützverband anlegen</b>	Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke.	Vorkonfektionierte Stützverbände sind der Pos. 31.7 zuzuordnen.  <i>Verordnet der Arzt einen Stützverband, ist bei Beantragung der Leistung auf der Rückseite des Musters 12 anzugeben, falls es sich um einen manuell zu wickelnden Verband handelt.</i>
31.6.2	032 B82	<b>Stützverband abnehmen</b>	Abnehmen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke.	Die Pos. 31.6.1 ist im selben Einsatz nicht abrechenbar  Vorkonfektionierte Stützverbände sind der Pos. 31.7 zuzuordnen.  <i>Verordnet der Arzt einen Stützverband, ist bei Beantragung der Leistung auf der Rückseite des Musters 12 anzugeben, falls es sich um einen manuell zu wickelnden Verband handelt.</i>

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
31.7	032 C15	<b>An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung</b>	An- oder Ablegen von Bandagen oder Orthesen	Bandagen und/oder Orthesen an verschiedenen Körperteilen sind nebeneinander abrechnungsfähig.  Das An- und Ablegen ist getrennt abrechenbar

### Leistungsbeschreibung zu sonstigen Leistungen

Pos.	DTA	Leistungen	Beschreibungen	Anmerkungen
41	032 745	<b>Versorgungszuschlag bei multiresistenten Keimen (Methicillin resistenten Staphylococcus aureus MRSA)</b>	Zuschlag für Hygienemaßnahmen bei der Versorgung von Patienten mit ärztlich festgestellten und auf der Verordnung vermerkten MRSA-Besiedlungen gemäß den Empfehlungen des Netzwerkes in Niedersachsen.	Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn innerhalb eines Einsatzes mindestens eine der folgenden Leistungen erbracht wird: Pos. 2, Pos. 6.1, Pos. 6.2, Pos. 9., Pos. 12., Pos. 13., Pos. 14.1, Pos. 14.2, Pos. 14.3, Pos. 17, Pos. 22., Pos. 23., Pos. 24a, Pos. 26a.1, Pos. 26a.2, Pos. 26a.3, Pos. 26a.4, Pos. 27., Pos. 28., Pos. 29., Pos. 31.1, Pos. 31.2 und Pos. 31.4.
42	032 885	<b>Zuschlag für Anforderungen von verordnungsbegründenden Unterlagen</b>	Zuschlag für vom Medizinischen Dienst (MD) oder im Auftrag des MD beim Pflegedienst abgeforderte verordnungsbegründende Unterlagen wie z. B. Auszüge aus der Pflegedokumentation (Blutzucker- und / oder Blutdruckprotokolle, Wunddokumentationen, Lagerungsprotokolle, Medikamentenpläne, u. ä.).	Anforderungen sind unter Angaben von Gründen schriftlich zu stellen.  Der Zuschlag ist nur abrechenbar, soweit Fehlerhaftigkeit und Unvollständigkeit der Verordnung für den Pflegedienst nicht eindeutig erkennbar waren.

## Struktur der Vergütungsvereinbarung häusliche Krankenpflege

### A

#### Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1, 1a SGB V

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
<b>1</b> Hinweis: siehe Abschnitt D, Sonder- verein- barung	<b>011 310</b>	Anleitung zur Grundpflege - § 37 Abs. 1 S. 1 u. 4 SGB V	
	<b>101 310</b>	Anleitung zur Grundpflege - § 37 Abs. 1a i.V.m. Abs. 1 S. 4 SGB V	
<b>2</b>	<b>011 120</b>	Grundpflege – Regelleistung nach § 37 Abs.1 S.1 u. 4 SGB V (bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall)	
	<b>101 120</b>	Grundpflege – Regelleistung nach § 37 Abs.1a SGB V (bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall)	
	<b>021 120</b>	Grundpflege – Ermessensleistung nach § 37 Abs.1 S.5 SGB V (in begründeten Ausnahmefällen über 4 Wochen)	
	<b>111 120</b>	Grundpflege – Ermessensleistung nach § 37 Abs. 1a SGB V (in begründeten Ausnahmefällen über 4 Wochen)	
<b>3</b>	<b>013 120</b>	Hauswirtschaftliche Versorgung – Regelleistung nach § 37 Abs.1 S.1 u. 4 SGB V (bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall)	
	<b>103 120</b>	Hauswirtschaftliche Versorgung – Regelleistung nach § 37 Abs.1a SGB V (bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall)	
	<b>023 120</b>	Hauswirtschaftliche Versorgung – Ermessensleistung nach § 37 Abs.1 S. 5 SGB V (in begründeten Ausnahmefällen über 4 Wochen)	
	<b>113 120</b>	Hauswirtschaftliche Versorgung – Ermessensleistung nach § 37 Abs. 1a SGB V (in begründeten Ausnahmefällen über 4 Wochen)	
<b>4 + 5</b>		unbesetzt	



**B****Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V**

<b>Pos.</b>	<b>DTA</b>	<b>Leistung</b>	<b>Vergütung vom bis</b>
6.1	<b>032 300</b>	Absaugen der oberen Luftwege	
6.2	<b>032 242</b>	Bronchialtoilette	
7	<b>032 310</b>	Anleitung zur Behandlungspflege	Einzel- absprache
8	<b>032 238</b>	Bedienung des Beatmungsgerätes	Einzel- absprache
9	<b>032 241</b>	Blasenspülung	
10	<b>032 201</b>	Blutdruckmessung	
11	<b>032 240</b>	Blutzuckermessung	
11a	<b>032 C24</b>	Interstitielle Glukosemessung	
12	<b>032 B79</b>	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	
13	<b>032 246</b>	Drainagen	
14.1	<b>032 247</b>	Einlauf	
14.2	<b>032 303</b>	Klysma/ Klistier	
14.3	<b>032 315</b>	Digitale Enddarmausräumung	
15	<b>032 249</b>	Flüssigkeitsbilanzierung	
16.1	<b>032 251</b>	Infusion, i.v.	
16.2	<b>032 430</b>	Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung anhängen	
16.3	<b>032 431</b>	Infusion i. v. zur parenteralen Ernährung abnehmen	
16a.1	<b>032 200</b>	Infusion, s.c., Legen/ Anhängen	
16a.2	<b>032 591</b>	Infusion, s.c., Wechseln	
16a.3	<b>032 598</b>	Infusion, s.c., abschließendes Entfernen	
17	<b>032 255</b>	Inhalation	
18	<b>032 256</b>	Injektion	

<b>Pos.</b>	<b>DTA</b>	<b>Leistung</b>	<b>Vergütung vom bis</b>
19	<b>032 311</b>	Injektionen, Richten von	
20	<b>032 259</b>	Instillation	
21	<b>032 203</b>	Kälteträger	
22	<b>032 313</b>	Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter	
23	<b>032 262</b>	Katheterisierung	
24	<b>032 320</b>	Spez. Krankenbeobachtung	Einzel- absprache
24a	<b>032 A89</b>	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten	
25	<b>032 265</b>	Magensonde	
26.1	<b>032 248</b>	Einreibung	
26.2	<b>032 233</b>	Verabreichung / Eingeben von Medikamenten	
26.3	<b>032 312</b>	Richten von Medikamenten	
26.4	<b>032 236</b>	Dermatologisches Bad	
26a.1	<b>032 A96</b>	MRSA-Sanierung des Nasenraums	
26a.2	<b>032 A95</b>	MRSA-Sanierung des Mund- und Rachenraumes	
26a.3	<b>032 928</b>	MRSA-Sanierung der Haut und der Haare	
26a.4	<b>032 A97</b>	Wechseln von Wäsche und/oder Textilien oder Desinfizieren von Gegenständen in Verbindung mit einer MRSA-Sanierung als begleitende Maßnahmen	
27	<b>032 309</b>	Versorgung bei PEG	
28	<b>032 276</b>	Stomabehandlung	
29	<b>032 261</b>	Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	
30	<b>032 319</b>	Pflege des zentralen Venenkatheters / Port-a-cath	
31.1	<b>032 282</b>	Verband anlegen oder wechseln	
31.2	<b>032 322</b>	Verband anlegen oder wechseln einschl. Wundreinigungsbad, Spülen von Wundfisteln, Wundhöhlen oder Wundtaschen	
31.3.1	<b>032 308</b>	Kompressionsverband anlegen	

<b>Pos.</b>	<b>DTA</b>	<b>Leistung</b>	<b>Vergütung vom bis</b>
31.3.2	<b>032 387</b>	Kompressionsverband abnehmen	
31.4	<b>032 366</b>	Kompressionsverband anlegen oder wechseln mit Wundversorgung / Wundreinigungsbad	
31.5	<b>032 263</b>	Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose	
31.6.1	<b>032 323</b>	Stützverband anlegen	
31.6.2	<b>032 B82</b>	Stützverband abnehmen	
31.7	<b>032 C15</b>	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung	
32.1	<b>032 143</b>	Je Einsatz höchstens (Gilt nicht für Pos. 16.2, 16.3, 24a, 26a.3, 26a.4 und 41) (Gilt nicht Leistungen nach § 37 Abs. 1 u. Abs. 1a SGB V)	
32.2	<b>032 147</b>	Bei Einsätzen mit den Pos. 16a.1 und /oder 26.3 und/ oder 31.2 und/ oder 31.4 beträgt der Betrag pro Einsatz höchstens (Gilt nicht für Pos. 16.2, 16.3, 24a, 26a.3, 26a.4 und 41) (Gilt nicht Leistungen nach § 37 Abs. 1 u. Abs. 1 a SGB V)	
41	<b>032 745</b>	Versorgungszuschlag bei multiresistenten Keimen (Methicillin resistenten Staphylococcus aureus - MRSA)	
42	<b>032 885</b>	Zuschlag für Anforderungen von verbodnungsbegründenden Unterlagen	

## C

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## D

### Sondervereinbarungen

Pos.	DTA	Leistung	Vergütung vom bis
1	011 310	Anleitung zur Grundpflege - § 37 Abs. 1 S. 1 u. 4 SGB V	Einzel- absprache
	101 310	Anleitung zur Grundpflege - § 37 Abs. 1a i.V.m Abs. 1 S. 4 SGB V	
39	011 106	Sonstige Sondervereinbarung Grundpflege - § 37 Abs.1 SGB V	Einzel- absprache
	101 106	Sonstige Sondervereinbarung Grundpflege - § 37 Abs. 1a SGB V	
	013 106	Sonstige Sondervereinbarung Hauswirtschaft - § 37 Abs. 1 SGB V	
	103 106	Sonstige Sondervereinbarung Hauswirtschaft - § 37 Abs. 1a SGB V	
40	032 120	Sonstige Sondervereinbarung - § 37 Abs. 2 SGB V	Einzel- absprache



**Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V**

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

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

Firma

\_\_\_\_\_

(Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers

## Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

**Beglaubigte Kopien** sind dem zuständigen Verband der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen vorzulegen. Die Aufteilung der Zuständigkeiten erfolgt nach Landkreisen/Regionen und ist der Anlage 7 dieser Rahmenvereinbarung zu entnehmen.

NAME DER EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:			
PLZ, ORT, LANDKREIS:			
INSTITUTIONS-KENNZEICHEN (IK)			
TELEFON:		FAX:	
E-MAIL:			

GESELLSCHAFTSFORM:	<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> UG (haftungsbeschränkt) <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Verein (e.V.) <input type="checkbox"/> andere:		
INHABER/TRÄGER:			
GESELLSCHAFTER:			
GESCHÄFTSFÜHRER:			

Ich bin/wir sind Mitglied in dem Pflegedienst-/Trägerverband:			
<i>Ich habe/wir haben den Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklärt:</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

✓ Polizeiliche Führungszeugnisse (nicht älter als sechs Monate) in Kopie anliegend für:

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

## AUFLISTUNG DER PERSONALVORHALTUNG

BERUF: bitte Ziffer eintragen: ① = Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger  
 ② = Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger  
 ③ = staatlich anerkannte/r Altenpflegerin/-pfleger  
 ④ = Pflegefachfrau/Pflegefachmann  
 ⑤ = Krankenpflegehelferin/-helfer (KPH)  
 ⑥ = Pflegeassistentin/-assistent

### PFLEGEDIENSTLEITUNG

gemäß § 6 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wöch. Arbeitszeit

### STELLVERTRETENDE PFLEGEDIENSTLEITUNG

gemäß § 6 Abs. 2 dieser Rahmenvereinbarung

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wöch. Arbeitszeit

### WEITERE FESTANGESTELLTE PFLEGEKRÄFTE

(vgl. § 5 Abs. 1 Satz 1 dieser Rahmenvereinbarung)

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wöch. Arbeitszeit

✓

NACHWEIS über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen der Pflege(fach)kräfte gem. § 3 Abs. 3 in Kopie anliegend

## CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN:

✓ Nachweis der fachlichen Voraussetzungen der Pflegedienstleitungen

ERLAUBNIS ZUR FÜHRUNG DER BERUFSBEZEICHNUNG  
in beglaubigter Kopie (nicht älter als sechs Monate) anliegend

NACHWEIS DER BERUFSPRAXIS in Kopie anliegend

NACHWEIS DER WEITERBILDUNG in Kopie anliegend

✓ Beitritt zur zuständigen Berufsgenossenschaft (BGW)

ANTRAG in Kopie anliegend - Bestätigung der Mitgliedschaft wird nachgereicht, sobald diese vorliegt  
oder

BESTÄTIGUNG DER MITGLIEDSCHAFT in Kopie anliegend

ANMELDUNG VOM:		VERS. - NR.:	
----------------	--	--------------	--

✓ Betriebs-Berufshaftpflichtversicherung

ANTRAG in Kopie anliegend - Versicherungsschein wird nachgereicht, sobald dieser vorliegt  
oder

VERSICHERUNGSSCHEIN in Kopie anliegend

ABGESCHLOSSEN AM:		VERS.-NR.:	
BEI:			

✓

- GEEIGNETES FAHRZEUG VORHANDEN
- GEEIGNETES PFLEGEDOKUMENTATIONSSYSTEM WIRD VORGEHALTEN
- NACHWEIS GEEIGNETER GESCHÄFTSRÄUME (z. B. Miet- oder Pachtvertrag) in Kopie anliegend

✓sofern die Rechtsform es erfordert

- NACHWEIS ÜBER DIE BEANTRAGUNG DER EINTRAGUNG IM HANDELS-/VEREINSREGISTER in Kopie anliegend
- REGISTERAUSZUG in Kopie anliegend (oder nachzureichen)
- AUSZUG DES NOTARIELL BEURKUNDETEN GESELLSCHAFTSVERTRAGES mit Angabe der Gesellschafter, Unternehmenszweck, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse  
**oder**
- LISTE DER GESELLSCHAFTER, aus der Namen, Anschrift und Geburtsdatum der Gesellschafter hervorgehen, sofern diese im Zuge der Anmeldung an das Registergericht beurkundet wurde

## ERKLÄRUNG

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

Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns hiermit, die Kündigung oder den Wechsel der Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung sowie eine Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen unverzüglich und un-  
aufgefordert dem zuständigen Verband der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen (Zuständigkeiten siehe Anlage 7 dieser Vereinbarung) mitzuteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en Inhaber/Träger

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung

Niedersächsische Kompetenzmatrix ab 01.09.2023

Pos.	Leistung	Pflegekräfte ** gem. § 11a Abs.4	Krankenpflege- helfer/in *	Altenpflege- helfer/in / Pflegeassistent	Arzthelfer/in / Medizinische Fachangestellte	Rettungs- assistent/in Notfall- sanitäter/in	Heilerziehungs- pfleger/in***
1	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Grundpflege	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Hauswirtschaftliche Versorgung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 + 5	unbesetzt						
6.1	Absaugen der oberen Luftwege	-	-	-	-	-	-
6.2	Bronchialtoilette	-	-	-	-	-	-
7	Anleitung zur Behandlungspflege	-	-	-	-	-	-
8	Bedienung des Beatmungsgerätes	-	-	-	-	-	-
9	Blasenspülung	-	-	-	-	-	-
10	Blutdruckmessung	-	✓	✓	✓	✓	✓
11	Blutzuckermessung	-	✓	✓	✓	✓	✓
11a	Interstitielle Glukosemessung	-	-	-	✓	-	-
12	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	-	-	-	-	-	-
13	Drainagen	-	-	-	-	-	-
14.1	Einlauf	-	✓	✓	-	-	-
14.2	Klyisma / Klistier	-	✓	✓	-	-	-
14.3	Digitale Enddarmausräumung	-	✓	✓	-	-	-
15	Flüssigkeitsbilanzierung	-	✓	✓	✓	-	✓
16.1	Infusion i.v.	-	-	-	-	-	-
16.2	Infusion i.v. zur parenteralen Ernährung anhängen	-	-	-	-	-	-
16.3	Infusion i.v. zur parenteralen Ernährung abnehmen	-	-	-	-	-	-
16a.1	Infusion s.c., Legen/ Anhängen	-	-	-	-	-	-
16a.2	Infusion s.c., Wechseln	-	-	-	-	-	-
16a.3	Infusion s.c., abschließendes Entfernen	-	-	-	-	-	-
17	Inhalation	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	Injektion	-	nur s.c.	nur s.c.	✓	-	nur s.c.
19	Richten von Injektionen	-	✓	✓	✓	-	✓

Niedersächsische Kompetenzmatrix ab 01.09.2023

Pos.	Leistung	Pflegekräfte ** gem. § 11a Abs.4	Krankenpflege- helfer/in *	Altenpflege- helfer/in / Pflegeassistent	Arzthelfer/in / Medizinische Fachangestellte	Rettungs- assistent/in Notfall- sanitäter/in	Heilerziehungs- pfleger/in***
20	Instillation	-	-	-	✓	-	-
21	Kälteträger	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22	Verbandswechsel bei suprapubischem Blasenkatheter	-	-	-	✓	-	-
23	Katheterisierung	-	-	-	-	-	-
24	Spezielle Krankenbeobachtung	-	-	-	-	-	-
24a	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten	-	-	-	-	-	-
25	Magensonde	-	-	-	-	-	-
26.1	Einreibung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26.2	Verabreichung / Eingeben von Medikamenten	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26.3	Richten von Medikamenten	-	-	-	✓	-	✓
26.4	Dermatologisches Bad	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26a.1	MRSA-Sanierung des Nasenraums	-	✓	✓	✓	*(✓)	✓
26a.2	MRSA-Sanierung des Mund- und Rachenraumes	-	✓	✓	✓	*(✓)	✓
26a.3	MRSA-Sanierung der Haut und der Haare	-	✓	✓	✓	*(✓)	✓
26a.4	Wechseln von Wäsche und/ oder Textilien oder Desinfizieren von Gegenständen in Verbindung mit einer MRSA-Sanierungs- maßnahmen als begleitende Maßnahme	-	✓	✓	✓	*(✓)	✓
27	Versorgung bei PEG	-	-	-	✓	-	-
28	Stomabehandlung	-	-	-	✓	-	-
29	Wechsel u. Pflege der Trachealkanüle	-	-	-	-	-	-
30	Pflege des zentralen Venenkatheters / Port-a-cath	-	-	-	-	-	-
31.1	Verband anlegen oder wechseln	-	-	-	✓	-	-
31.2	Verband anlegen oder wechseln einschließlich Wundreinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln, Wundhöhlen oder Wundtaschen	-	-	-	✓	-	-
31.3.1	Kompressionsverband anlegen	-	-	-	✓	-	-

Niedersächsische Kompetenzmatrix ab 01.09.2023

Pos.	Leistung	Pflegekräfte ** gem. § 11a Abs.4	Krankenpflege- helfer/in *	Altenpflege- helfer/in / Pflegeassistent	Arzthelfer/in / Medizinische Fachangestellte	Rettungs- assistent/in Notfall- sanitäter/in	Heilerziehungs- pfleger/in***
31.3.2	Kompressionsverband abnehmen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31.4	Kompressionsverband anlegen oder wechseln mit Wundversorgung / Wundreinigungsbad	-	-	-	✓	-	-
31.5	Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose	✓	✓	✓	✓	**	✓
31.6	Stützverband anlegen	-	✓	✓	✓	-	✓
31.6.2	Stützverband abnehmen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31.7	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung	✓	✓	✓	✓	✓	✓

\* Protokollnotiz: Auf Krankenpflegehelferinnen/-helfer, die am 31.12.2013 bei einem der Rahmenvereinbarung beigetretenen Pflegedienst beschäftigt sind, findet § 7 Abs.1 der Rahmenvereinbarung vom 01.03.2008 weiterhin Anwendung: "Zusätzlich sind mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger, Krankenpflegehelferin/-helfer) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt mindestens 45 Stunden zu beschäftigen."

\*\* ohne formale Qualifikation mit nachgewiesener materieller Qualifikation (§ 11a Abs.4 HKP-Rahmenvereinbarung)

\*\*\* Grundlage der Bewertung Heilerziehungspfleger/in sind die aktuellen Rahmenrichtlinien für die berufsbezogenen Lernbereiche -Theorie und Praxis - in der Fachschule Heilerziehungspflege, Niedersächsisches Kultusministerium Juni 2019

\*(✓) Eine Bewertung erfolgte hier nur für den Notfallsanitäter

Pflegefachkräfte gem. § 11a Abs.1 HKP-Rahmenvereinbarung dürfen alle Leistungen der Behandlungspflege erbringen, es sei denn es ist eine ergänzende vertragliche Regelung in dieser HKP-Rahmenvereinbarung vorgeschrieben.

## **Anlage 6 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V**

### **Curriculum zur theoretischen Schulung der**

### **„Mitarbeitenden“ gemäß § 11a der Vereinbarung nach § 132a Abs.4 SGB V**

Mitarbeitenden in einem Krankenpflagedienst, die eine staatlich anerkannte Ausbildung von mindestens einem Jahr in einem Gesundheits(fach)beruf oder einem Pflegeberuf absolviert haben, können gem. § 11a Abs. 2 Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, für die sie nach ihrer Berufsqualifikation qualifiziert sind. (beispielsweise Krankenpflegehelfer/-in, Pflegeassistenten, Altenpflegehelfer/-in, Arzthelfer/-in, Medizinische Fachangestellte/-r, Rettungsassistenten, Notfallsanitäter, Heilerziehungspfleger/-in) Sie dürfen mindestens die in der Kompetenzmatrix (Anlage 5) aufgeführten markierten Leistungen je Berufsausbildung erbringen.

Um diesen Mitarbeitenden mit entsprechender Ausbildung Qualifikationsmöglichkeiten in einem Krankenpflagedienst zu eröffnen, wird der Abschluss einer externen Qualifizierungsmaßnahme auf Grundlage des nachfolgenden von den Krankenkassen/-verbänden anerkannten Curriculums ermöglicht. Sofern diese Mitarbeitenden behandlungspflegerische Maßnahmen erlernt haben, können sie zusätzlich zu diesen in ihrer Ausbildung erlernten Maßnahmen bzw. bei Maßnahmen der innerhalb der Ausbildung erlernten Behandlungspflege, für die ein Nachweis der formellen Qualifikation nicht (mehr) möglich ist, sowie in Ergänzung der in § 11a Abs. 4 aufgezählten Leistungen der Behandlungspflege, nach erfolgreichem Abschluss einer externen Qualifizierungsmaßnahme entsprechend des nachfolgenden von den Krankenkassen/-verbänden anerkannten Curriculums folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Flüssigkeitsbilanzierung, Klistiere und Klyisma, Kompressionsverband Anlegen(Abnehmen).

Das Curriculum umfasst nachfolgend beschriebene Mindestinhalte, die als einzelne Module wählbar sind. Diese Inhalte werden in einem Mindestumfang der jeweiligen Präsenzunterrichtsstunden vermittelt. Die Schulung endet je Modul mit einer schriftlichen und mündlichen Wissenskontrolle.

Ein Zertifikat dokumentiert den erfolgreichen Abschluss der Schulung.

Die Überprüfung der praktischen Ausführung obliegt der Krankenpflegeeinrichtung (§ 11 a Abs.5 HKP-Vereinbarung).

Zwei Jahre nach Inkrafttreten der Anlage 6 der Rahmenvereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V bewerten die Krankenkassenverbände und Leistungserbringerverbände gemeinsam, inwieweit eine teilweise digitale Durchführung der Schulungsinhalte umsetzbar ist.



Pflegetechnik	Lerninhalte	Prakt. Übungen	St.*
<b>Blutdruckmessung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anatomie/Physiologie: Herz-Kreislauf (Bezug zu Modul Blutzuckermessung)</li> <li>2. Krankheitslehre <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypo- und Hypertonie</li> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Myocardinfarkt</li> <li>• Apoplex</li> </ul> </li> <li>3. Beobachtung des Blutdrucks <ul style="list-style-type: none"> <li>• Messwerte</li> <li>• Methoden der Blutdruckmessung, inkl. Fehlerquellen</li> </ul> </li> <li>4. Einschätzung und Dokumentation des Blutdrucks</li> <li>5. Herz-Kreislaufmedikamente und deren Wirkung</li> <li>6. Einsatz von Bedarfsmedikamenten</li> <li>7. Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse (einschließlich Dokumentations- und Berichtspflicht) der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen (Umgang mit spezifischen Notfallsituationen) sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.</li> <li>8. Schriftliche und mündliche Wissenskontrolle (1 Unterrichtsstunde)</li> </ol>	Pulsmessung Blutdruckmessung	18

\*St.= Schulstunde

Pflegetechnik	Lerninhalte	Prakt. Übungen	St.*
<b>Blutzuckermessung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ernährung im Alter</li> <li>2. Anatomie/ Physiologie: Pankreas, Kohlenhydratstoffwechsel</li> <li>3. Krankheitslehre: Diabetes Mellitus Typ I und Typ II <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ursache, Diagnostik, Therapie (Insulintherapie und orale Anti-diabetika Unterschiede der Insulinformen – Langzeit/Kurzzeit)</li> <li>• Hypo- und Hyperglykämie</li> <li>• Hypoglykämischer Schock</li> <li>• Hyperglykämischer Schock</li> <li>• Diabetische Folgeschäden</li> </ul> </li> <li>3. Blutzuckermessung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normwerte</li> <li>• Messverfahren, inkl. Fehlerquellen</li> <li>• Vorbereitung, Durchführung, Nachsorge</li> <li>• Dokumentation der Messwerte und Maßnahmen bei Normwert-abweichungen</li> </ul> </li> <li>4. Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse (einschließlich Dokumentations- und Berichtspflicht) der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen (Umgang mit spezifischen Notfallsituationen) sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.</li> <li>5. Schriftliche und mündliche Wissenskontrolle (1 Unterrichtsstunde)</li> </ol>	Blutzuckermessung	18

\*St.= Schulstunde

Pflegetechnik	Lerninhalte	Prakt. Übungen	St.*
<b>Flüssigkeitsbilanzierung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Physiologie: Flüssigkeitshaushalt</li> <li>2. Gründe für eine Flüssigkeitsbilanzierung und Gründe für Abweichungen (z. B. Nieren-, Herzerkrankungen)</li> <li>3. Ein- und Ausfuhr</li> <li>4. Durchführung der Bilanzierung (Positive, ausgeglichene und negative Bilanz)</li> <li>5. Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse (einschließlich Dokumentations- und Berichtspflicht) der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen (Umgang mit spezifischen Notfallsituationen) sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.</li> <li>6. Schriftliche und mündliche Wissenskontrolle (1 Unterrichtsstunde)</li> </ol>		8

\*St.= Schulstunde

Pflegetechnik	Lerninhalte	Prakt. Übungen	St.*
<b>Klistiere und Klyisma</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anatomie/Physiologie: Darm</li> <li>2. Indikation und Kontraindikationen</li> <li>3. Wirkungsweisen von Klistieren</li> <li>4. Vorbereitung, Durchführung</li> <li>5. Krankenbeobachtung bei und nach der Verabreichung</li> <li>6. Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse (einschließlich Dokumentations- und Berichtspflicht) der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen (Umgang mit spezifischen Notfallsituationen) sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.</li> <li>7. Schriftliche und mündliche Wissenskontrolle (1 Unterrichtsstunde)</li> </ol>		8

\*St.= Schulstunde

Pflegetechnik	Lerninhalte	Prakt. Übungen	St.*
<b>Kompressionsverband</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anatomische und physiologische Grundlagen</li> <li>2. Grundlagen der Kompressionstherapie</li> <li>3. Indikation/Kontraindikation</li> <li>4. Materialkunde</li> <li>5. Wickeltechniken</li> <li>6. spezifische Krankenbeobachtung</li> <li>7. Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse (einschließlich Dokumentations- und Berichtspflicht) der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen (Umgang mit spezifischen Notfallsituationen) sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.</li> <li>8. Schriftliche und mündliche Wissenskontrolle (1 Unterrichtsstunde)</li> </ol>	Kompressionsverbände anlegen und abnehmen	18

\*St.= Schulstunde

## Anlage 7 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V

Zuständigkeiten bei der Zulassung von Krankenpflegediensten nach § 132 a Abs. 4 SGB V

Landkreis/ Region	zuständig	
Ammerland	AOK	
Aurich	BKK	
Braunschweig	AOK	
Celle	vdek	
Cloppenburg	AOK	
Cuxhaven	vdek	
Delmenhorst	AOK	
Diepholz	AOK	
Emden	BKK	
Emsland	AOK	
Friesland	BKK	
Gifhorn	AOK	
Goslar	AOK	
Göttingen	AOK	
Grafschaft Bentheim	BKK	
Hamel-Pyrmont	AOK	
Hannover, Stadt (PLZ 301**)	IKK classic	
Hannover, Stadt (PLZ 304**)	BKK	
Hannover, Stadt (PLZ 305**)	AOK	
Hannover, Stadt (PLZ 306**)	vdek	
Hannover Region 1	Barsinghausen Burgwedel Garbsen Hemmingen Isernhagen Laatzen Langenhagen Ronneberg Seelze Wedemark Wennigsen	vdek
Hannover Region 2	Burgdorf Gehrden Lehrte Neustadt Pattensen Sehnde Springe Wunstorf	AOK
Harburg	vdek	
Heidekreis	BKK	
Helmstedt	Knappschaft	
Hildesheim	vdek	
Holzwinden	AOK	
Leer	vdek	
Lüchow-Dannenberg	vdek	
Lüneburg	vdek	
Nienburg	AOK	
Northeim	AOK	
Oldenburg Stadt	AOK	
Oldenburg Landkreis	vdek	
Osnabrück Stadt	vdek	
Osnabrück Landkreis	AOK	
Osterholz	vdek	
Peine	IKK classic	
Rotenburg	vdek	
Salzgitter	Knappschaft	
Schaumburg	AOK	
Stade	AOK	
Uelzen	AOK	
Vechta	BKK	
Verden	vdek	
Wesermarsch	BKK	
Wilhelmshaven	AOK	
Wittmund	AOK	
Wolfenbüttel	AOK	
Wolfsburg	BKK	

### Kontaktdaten der zuständigen Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen



#### AOK- Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Gesundheitsmanagement ambulant

Unternehmensbereich Pflege

Am Fallersleber Tore 3 - 4

38100 Braunschweig

Tel.: 0531 – 12 03 138 13

Fax: 0531 – 12 03 138 09

E-Mail: [Zulassung.pflege@nds.aok.de](mailto:Zulassung.pflege@nds.aok.de)



#### BKK Landesverband Mitte

Landesvertretung Niedersachsen

Eintrachtweg 19

30173 Hannover

Tel.: 0511 – 34 844 0

Fax: 0511 – 34 844 269

E-Mail: [zulassung-pflege@bkkmitte.de](mailto:zulassung-pflege@bkkmitte.de)



IKK classic

Rotenburger Str. 20

30659 Hannover

Tel.: 0511 – 866447 1516

Fax: 0800 – 455 8888 156

E-Mail: [NI-Zulassung-Pflege@ikk-classic.de](mailto:NI-Zulassung-Pflege@ikk-classic.de)



#### KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Nord

Siemensstr. 7

30173 Hannover

Tel.: 0511 – 80 79 397

Fax: 0511 – 80 79 388

E-Mail: [vertrag.hannover@kbs.de](mailto:vertrag.hannover@kbs.de)



#### Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Niedersachsen

Schillerstraße 32

30159 Hannover

Tel.: 0511 – 303 97 0

Fax: 0511 – 303 97 99

E-Mail: [Zulassung.NDS@vdek.com](mailto:Zulassung.NDS@vdek.com)