

HKP-RV Niedersachsen

Wesentliche inhaltliche Neuerungen ab 01.09.2023

Nicht kursiv – Vertragstext

Kursiv – Anmerkungen, Erläuterungen durch VDAB

Fett oder farbig hinterlegt – Hervorhebungen durch VDAB

Federführungsprinzip

Protokollnotiz zur Federführung der Krankenkassen, nach § 3 Abs. 1, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 3, § 11 a 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 Krankenpflegedienstes mitsamt den erforderlichen Unterlagen und Nachweise bei dem jeweils federführenden Landesverband eingehen. Ein darüberhinausgehender Versand an die übrigen Landesverbände der Krankenkassen ist entbehrlich.

Beachte dazu neue Anlage 7 (Zuständige Stellen – Federführung)

§ 3 Nachweise im Beitrittsverfahren

*Die Regeln zum Nachweisverfahren wurden aufgrund von Forderungen des Gesetzgebers komplett überarbeitet. **Neue Nachweise:***

- 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,
- h) polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als sechs Monate) für den Inhaber bzw. die Gesellschafter, den Geschäftsführer,

(2) Der Antrag 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. Erforderlich ist eine Anzeige bei den Landesverbänden der Krankenkassen.

Die Anlage 4 (Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen) ist entsprechend angepasst worden.

Kein neuer Beitritt nötig, Widerrufsmöglichkeit

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

§ 4 Praxis- und Betriebseinrichtung

*Bei den Vorhaltepfllichten für die Akutversorgung wurden **gestrichen**:*

- Darmrohr, Irrigator mit Zubehör und Klyisma,
- Einmal- und Dauerblasenkatheter, Kathetersets und Urinbeutel,

§ 5 Personelle Voraussetzungen

Es bleibt beim Mindestpersonal im Umfang von 115,5 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit – PDL, stv. PDL plus 2 weitere Personen

Neu:

Für maximal zwei Personen, die als Eigentümer (Inhaber) oder Gesellschafter im jeweiligen Krankenpflagedienst hauptberuflich tätig sind, gilt die Voraussetzung der Sozialversicherungspflicht nicht.

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

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.

Werden die Mindestanforderungen für mindestens drei Monate unterschritten, so ist dies den vertragsschließenden Krankenkassen(verbänden) unverzüglich anzuzeigen.

Nicht neu, aber bitte beachten:

Der Einsatz freiberuflich tätiger Pflegekräfte ist ausgeschlossen.

§ 6 Fachliche Leitung

Für PDL und stv. PDL wurde die Qualifikation „Pflegefachfrau / -fachmann“ ergänzend aufgenommen und die Inhalte der 460 Stunden Weiterbildung aus den MuG sind nun auch im Vertrag aufgeführt. sonst keine Änderungen

§ 7 Pflegekräfte

§ 7 enthält nur noch die Regelungen, welche Qualifikationen zum Mindestpersonal gehören können. Die Personaleinsatzregelungen (wer darf was) sind nun im neuen § 11a geregelt.

§ 8 Qualitätssicherung

Dokumentation

Neu:

Sofern der Leistungserbringer ein digitales Pflegedokumentationssystem führt und dies beim Versicherten vor Ort Anwendung findet, 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.

§ 11 Erbringung der Leistungen

Die vorläufige Kostenzusage gilt auch, wenn die Verordnung spätestens am vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Neu: Fußnote: Nach individueller Absprache zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer kann die Verordnung fristwahrend auch elektronisch übermittelt werden.

Neu: § 11a Qualifikationsvoraussetzung zur Leistungserbringung

Der neue § 11a RV enthält die Personaleinsatzregelungen. Er enthält auch die alten Absätze 3 – 6 des § 7 alte Fassung.

Pflegefachkräfte dürfen (fast) alles.

Ausnahme: Pos. 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen, AAPV; 40 h Weiterbildung nötig für alle an der Erbringung der Leistung beteiligten Fachkräfte.

Eine KPH zählt zu den Fachkräften, wenn sie am 31.12.2013 in einem Krankenpflegedienst beschäftigt war. Siehe Protokollnotiz zu § 11a Abs. 1.

(1) Die Pflegefachkräfte im Krankenpflegedienst (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.

Bei den weiteren Beschäftigten zählen die Inhalte der Berufsausbildung, mindestens die in der neuen Anlage 5 „Kompetenzmatrix“ bei der jeweiligen Qualifikation aufgeführten Leistungen dürfen erbracht werden.

(2) Die weiteren Mitarbeitenden im Krankenpflegedienst 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.

Beachte neue Anlage 5 (Kompetenzmatrix)

Vorqualifizierte können nach einer externen Fortbildung weitere Maßnahmen durchführen.

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, Klysma /Klistier /, Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

Beachte neue Anlage 6 (Curriculum gem. § 11a Abs. 3)

Die Möglichkeit zur Anleitung von Mitarbeitenden ohne formale Qualifikation wird erweitert um die Leistungen

- **Kompressionsverband Abnehmen,**
- **Stützverband abnehmen,**
- **An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung.**

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

Diese 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.**

Abs. 5: Verantwortung der PDL

Achtung: jährliche Überprüfung! (nicht neu)

Azubis können ab dem 2. Ausbildungsjahr selbstständig Leistungen erbringen, wenn ...

(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.

Abs. 7 unverändert

Abs. 8 betrifft Außerklinische Intensivpflege; Bitte Meldepflicht beachten; der Abs. wird mit Inkrafttreten der AKI-Richtlinien (wohl am 1.10.2023) unbeachtlich.

§ 12 Art, Umfang und Nachweis der Leistungen

Neu: Auf dem Leistungsnachweis ist anzugeben

- Tag und Uhrzeit des Beginns **und des Endes** des Einsatzes

Die Regelung muss nicht umgesetzt werden. Mit Blick auf die Regelungen der Bundesebene zu den Abrechnungen ambulanter Pflegedienste wird auf die Angabe der Endzeit des Einsatzes verzichtet.

§ 13 Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen und Beanstandungen

Neue Fußnote in Abs. 1

Die Fußnote weist auf die Möglichkeit der Abrechnung bei fristgerechter Einreichung der Verordnung ohne Genehmigungsnummer hin („Pseudo“-Abrechnung).

Diese Abrechnungsmöglichkeit ist bereits seit April 2014 möglich. Rechtsgrundlage dafür ist § 8 Abs. 6 der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege (Fassung vom 28.10.2021):

„6) Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 eine neue Schlüsselnummer für das Feld „Genehmigungskennzeichen“ geschaffen, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat. Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist. Einzelheiten sind vertraglich zu vereinbaren. Die Regelung findet spätestens ab dem 01.04.2014 Anwendung.“

Diese Regelung ist für die Krankenkassen unmittelbar verbindlich. Pflegedienste können sich somit direkt auf diese Regelung beziehen, wenn sie die entsprechende Bezahlung geltend machen. Die Fußnote in der HKP-Rahmenvereinbarung Niedersachsen soll dies zusätzlich bekräftigen.

Neue Fußnote in Abs. 2

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

Abs. 6 und 7 sind neu gefasst, verschärfen die Pflichten der Krankenkassen bei Beauftragung von Abrechnungsstellen und regeln deutlicher die Schadensersatzpflicht.

(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.

§ 18 Vertragsverstöße

Das Verfahren wurde überarbeitet ohne wesentliche inhaltliche Änderungen.

§ 21 Beitritt zur Vereinbarung

Neu: Abs. 5 mit Regelungen, wann der Beitritt eines Pflegedienstes wegen persönlicher Ungeeignetheit einer Person im Pflegedienst seitens der Krankenkassen abgelehnt werden kann.

(5) Der Beitritt kann unter Ausübung pflichtgemäßen Ermessens abgelehnt werden, wenn in der Person des Inhabers des Krankenpflegedienstes, eines Gesellschafters, eines Geschäftsführers, der verantwortlichen Pflegefachkraft oder deren Vertretung Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im Krankenpflegedienst 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 30 b 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

Abs. 3 neu gefasst

(3) Die Krankenkasse kann den Beitritt eines einzelnen Leistungserbringers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beenden, insbesondere 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.

(6) Der Beitritt endet durch:

- Betriebsaufgabe,
- Änderung der Trägerschaft

Kein Trägerwechsel liegt in folgenden Fällen vor:

- **(neu) Eintritt eines Gesellschafters in eine bestehende Personengesellschaft und Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer Personengesellschaft, wenn diese nicht aufgelöst wird, sondern fortbesteht;**

[...]

- Verlegung des Geschäftssitzes innerhalb von Niedersachsen.

Kein neuer Beitritt nötig, Widerrufsmöglichkeit!

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

Änderungen in den Anlagen

Anlage 1 Leistungsbeschreibungen

Achtung: teilweise neue DTA-Nummern!

Bisherige Positionen 2-4 wurden in neuer Position 2 (Grundpflege) zusammengefasst;

Hauswirtschaftliche Versorgung ist neu Pos. 3 (bisher Pos. 5)

Neu: Ergänzung bei Reinigung der Wohnung „(umfasst die Unterhaltsreinigung, nicht jedoch eine Grundreinigung der Wohnung)“

Neu:

Bei zeitgleicher Verordnung der Pos. 2 und 3 sind beide Positionen in einem Einsatz zu erbringen.

Neu:

Pos. 11a - Interstitielle Glukosemessung

Die Pos. 11 (BZ-Messung) ist nicht nebenher abrechnungsfähig

*Pos. 12 (alt) - Dekubitusbehandlung **entfällt***

Neue Pos. 12: Positionswechsel bei Dekubitus

ab Dekubitus Grad 1

daneben Wundversorgung nach Positionen, wie bisher bekannt

Pos. 13 - Drainagen

Neue Anmerkung: Bei Verbandswechsel (Pos. 31.1 oder Pos. 31.2) und Drainage an derselben Körperstelle ist nur der Verbandswechsel abrechenbar

Pos. 22 - Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter

Neue Anmerkungen:

- nach Neuanlage
- bei Entzündung mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle
- bei gesundheitsgefährdenden Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter

Pos. 24a - Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten

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. Diese Weiterbildungsstunden finden Anrechnung auf die Pflichtfort- und -weiterbildungsstunden nach § 9 Abs. 2.

Pos. 26.2 - Verabreichung/ Eingeben von Medikamenten

Neue Anmerkungen:

Bei Verabreichung aufeinander aufbauender Augentropfen ist die Leistung mehrfach abrechenbar, sofern der verordnende Arzt die Notwendigkeit der Wartezeit zwischen zwei Verabreichungen anordnet.

Im Falle einer Bedarfsmedikation richten sich Dauer und Menge der Dosierung und die Häufigkeit der Abrechenbarkeit nach der für den jeweiligen Einzelfall ausgestellten und genehmigten ärztlichen Verordnung bzw. dem ärztlich ausgestellten und auf den Einzelfall bezogenen Medikationsplan. Die Pos. 26a.1, Pos. 26a.2, Pos. 26a.3 sind nebenher abrechenbar.

Neu MRSA-Eradikation mit 4 Leistungspositionen:

Pos. 26a.1 - MRSA-Sanierung des Nasenraums

Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels.

Pos. 26a.2 - MRSA-Sanierung des Mund- und Rachenraumes

Mund- und Rachenspülung oder Auswischen des Mundes mit einer antiseptischen Lösung.

Pos. 26a.3 - MRSA-Sanierung der Haut und der Haare

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

Pos. 26a.4 - Wechseln von Wäsche und/oder Textilien oder Desinfizieren von Gegenständen in Verbindung mit einer MRSA-Sanierung als begleitende Maßnahmen

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.

Pos. 31.2 - Verband anlegen oder wechseln einschließlich Wundreinigungsbad, Spülen von Wundfisteln, Wundhöhlen oder Wundtaschen

Identische Ergänzung um Wundhöhlen oder Wundtaschen auch bei Pos. 31.4

Pos. 31.5 - Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose

An- bzw. Ausziehen von

- Kompressionsstrümpfen an Armen oder Beinen

- Kompressionsstrumpfhosen

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.

Pos. 31.6.1 - Stützverband anlegen

Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke.

Vorkonfektionierte Stützverbände sind der Pos. 31.7 (An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung) zuzuordnen.

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.

Pos. 31.6.2 - Stützverband abnehmen

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 (An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung) zuzuordnen.
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.

Pos. 31.7 - An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung

An- oder Ablegen von Bandagen oder Orthesen

Bandagen und/oder Orthesen an verschiedenen Körperteilen sind nebeneinander abrechnungsfähig.
Das An- und Ablegen ist getrennt abrechenbar

Pos. 41 - Versorgungszuschlag bei multiresistenten Keimen (Methicillin resistenten Staphylococcus aureus MRSA)

Zuschlag für Hygienemaßnahmen bei der Versorgung von Patienten mit ärztlich festgestellten und auf der Verordnung vermerkten MRSA-Besiedlungen gemäß den Empfehlungen des Netzwerkes in Niedersachsen.

Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn innerhalb eines Einsatzes mindestens eine der folgenden Leistungen erbracht wird:

Neu aufgenommene Positionen: Pos. 24a, Pos. 26a.1, Pos. 26a.2, Pos. 26a.3, Pos. 26a.4,

Anlage 2 Struktur der Vergütungsvereinbarung

Achtung: teilweise neue DTA-Nummern!

Pauschale 37 Abs. 1 entfällt.

Bei 37.1 und 37.1a verordnete Einzelpositionen zusammen abrechenbar. Höchstbeträge pro Einsatz (Pos. 32.1 und 32.2) greifen nicht. Jeweils zuzüglich Behandlungspflegen nach 37.2.

Die in Anlage 1 gestrichenen oder neu aufgenommenen Positionen sind in Anlage 2 entsprechend geändert.

Anlage 3 Ermächtigungserklärung

Redaktionell angepasst

Anlage 4 Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

Anpassung an die vertraglichen Änderungen insbesondere in § 3

Anlage 5 Curriculum gem. § 11a Abs. 3

Neue Anlage

Anlage 6 Kompetenzmatrix

Neue Anlage

Anlage 7 Zuständige Stellen (Federführung)

Neue Anlage