

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2013/00795]

**14 SEPTEMBRE 1984. — Arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. — Traduction allemande d'extraits**

Le texte qui suit constitue la traduction en langue allemande de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, Annexe, Chapitre 3, Section 4, article 8, tel qu'il a été modifié successivement par :

- l'arrêté royal du 30 décembre 1985 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 30 janvier 1986);

- l'arrêté royal du 8 avril 1988 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 15 avril 1988);

- l'arrêté royal du 2 janvier 1990 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 12 janvier 1990, *err.* du 7 juin 1990);

- l'arrêté royal du 27 avril 1990 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 19 mai 1990);

- l'arrêté royal du 13 mars 1991 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 1<sup>er</sup> mai 1991);

- l'arrêté royal du 19 août 1992 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 29 août 1992);

- l'arrêté royal du 5 février 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 4 mars 1993);

- l'arrêté royal du 12 août 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 28 août 1993);

- l'arrêté royal du 30 décembre 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 1<sup>er</sup> février 1994);

- l'arrêté royal du 23 juin 1994 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 30 juin 1994);

- l'arrêté royal du 25 juillet 1994 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 22 septembre 1994);

- l'arrêté royal du 28 mars 1995 modifiant, en ce qui concerne les soins infirmiers, l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*Moniteur belge* du 27 avril 1995);

- l'arrêté royal du 8 juillet 1997 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 18 juillet 1997, *err.* du 19 août 1997);

- l'arrêté royal du 4 juin 1998 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 17 juin 1998);

- l'arrêté royal du 9 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 30 juin 1999);

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2013/00795]

**14 SEPTEMBER 1984. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. — Duitse vertaling van uittreksels**

De hierna volgende tekst is de Duitse vertaling van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, Bijlage, Hoofdstuk 3, Afdeling 4, artikel 8, zoals het achtereenvolgens werd gewijzigd bij :

- het koninklijk besluit van 30 december 1985 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 30 januari 1986);

- het koninklijk besluit van 8 april 1988 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 15 april 1988);

- het koninklijk besluit van 2 januari 1990 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 12 januari 1990, *err.* van 7 juni 1990);

- het koninklijk besluit van 27 april 1990 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 19 mei 1990);

- het koninklijk besluit van 13 maart 1991 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 1 mei 1991);

- het koninklijk besluit van 19 augustus 1992 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 29 augustus 1992);

- het koninklijk besluit van 5 februari 1993 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 4 maart 1993);

- het koninklijk besluit van 12 augustus 1993 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 28 augustus 1993);

- het koninklijk besluit van 30 december 1993 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 1 februari 1994);

- het koninklijk besluit van 23 juni 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 30 juni 1994);

- het koninklijk besluit van 25 juli 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1994 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 22 september 1994);

- het koninklijk besluit van 28 maart 1995 betreffende de verpleegkundige zorgen tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*Belgisch Staatsblad* van 27 april 1995);

- het koninklijk besluit van 8 juli 1997 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 18 juli 1997, *err.* van 19 augustus 1997);

- het koninklijk besluit van 4 juni 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 17 juni 1998);

- het koninklijk besluit van 9 juni 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 30 juni 1999);

- l'arrêté royal du 12 septembre 2001 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 29 septembre 2001);

- l'arrêté royal du 18 juillet 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 29 août 2002);

- l'arrêté royal du 11 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 23 juin 2003);

- l'arrêté royal du 25 avril 2004 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 29 avril 2004);

- l'arrêté royal du 13 octobre 2004 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 29 octobre 2004, *err.* du 17 novembre 2004);

- l'arrêté royal du 20 décembre 2004 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 20 janvier 2005, *err.* du 9 mars 2005);

- l'arrêté royal du 17 septembre 2005 modifiant en ce qui concerne les dispositions de l'article 8, l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 28 septembre 2005);

- l'arrêté royal du 29 mars 2006 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 31 mars 2006);

- l'arrêté royal du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 10 novembre 2006);

- l'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 22 août 2007);

- l'arrêté royal du 20 décembre 2007 modifiant l'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 11 janvier 2008);

- l'arrêté royal du 15 décembre 2008 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 29 décembre 2008);

- l'arrêté royal du 29 avril 2009 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 13 mai 2009);

- het koninklijk besluit van 12 september 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 29 september 2001);

- het koninklijk besluit van 18 juli 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 29 augustus 2002);

- het koninklijk besluit van 11 juni 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 23 juni 2003);

- het koninklijk besluit van 25 april 2004 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 29 april 2004);

- het koninklijk besluit van 13 oktober 2004 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 29 oktober 2004, *err.* van 17 november 2004);

- het koninklijk besluit van 20 december 2004 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 20 januari 2005, *err.* van 9 maart 2005);

- het koninklijk besluit van 17 september 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 28 september 2005);

- het koninklijk besluit van 29 maart 2006 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 31 maart 2006);

- het koninklijk besluit van 25 oktober 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 10 november 2006);

- het koninklijk besluit van 3 augustus 2007 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 22 augustus 2007);

- het koninklijk besluit van 20 december 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 augustus 2007 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 11 januari 2008);

- het koninklijk besluit van 15 december 2008 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 29 december 2008);

- het koninklijk besluit van 29 april 2009 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 13 mei 2009);

- l'arrêté royal du 24 novembre 2009 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 7 décembre 2009);

- l'arrêté royal du 19 janvier 2011 modifiant l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 7 février 2011);

- l'arrêté royal du 27 mars 2012 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 12 avril 2012);

- l'arrêté royal du 24 avril 2012 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 7 mai 2012);

- l'arrêté royal du 25 avril 2013 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*Moniteur belge* du 28 mai 2013).

Cette traduction en langue allemande a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmedy sur base de la coordination officielle fournie par les services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

- het koninklijk besluit van 24 november 2009 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 2009);

- het koninklijk besluit van 19 januari 2011 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 7 februari 2011);

- het koninklijk besluit van 27 maart 2012 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 12 april 2012);

- het koninklijk besluit van 24 april 2012 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 7 mei 2012);

- het koninklijk besluit van 25 april 2013 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 28 mei 2013).

Deze vertaling in het Duits is opgemaakt door de Centrale dienst voor Duitse vertaling in Malmedy op basis van de officieuze coördinatie verstrekt door de diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

#### FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST SOZIALE SICHERHEIT

[C – 2013/00795]

#### 14. SEPTEMBER 1984 — Königlicher Erlass zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung — Deutsche Übersetzung von Auszügen

Der folgende Text ist die deutsche Übersetzung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung, Anlage, Kapitel 3, Abschnitt 4, Artikel 8, so wie er nacheinander abgeändert worden ist durch:

- den Königlichen Erlass vom 30. Dezember 1985 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 8 April 1988 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 2. Januar 1990 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 27. April 1990 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 13. März 1991 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 19. August 1992 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 5. Februar 1993 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 12. August 1993 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 30. Dezember 1993 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 23. Juni 1994 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

den Königlichen Erlass vom 25. Juli 1994 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 28. März 1995 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 8. Juli 1997 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 4. Juni 1998 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 9. Juni 1999 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 12. September 2001 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 18. Juli 2002 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 11. Juni 2003 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 25. April 2004 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 13. Oktober 2004 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 20. Dezember 2004 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 17. September 2005 zur Abänderung, was die Bestimmungen von Artikel 8 betrifft, der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 29. März 2006 zur Abänderung der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 25. Oktober 2006 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 3. August 2007 zur Abänderung der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 20. Dezember 2007 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 3. August 2007 zur Abänderung der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 15. Dezember 2008 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 29. April 2009 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 24. November 2009 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 19. Januar 2011 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 27. März 2012 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 24. April 2012 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

- den Königlichen Erlass vom 25. April 2013 zur Abänderung von Artikel 8 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1994 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung.

Diese deutsche Übersetzung ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmedy erstellt worden, und zwar auf der Grundlage der vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung übermittelten inoffiziellen Koordinierung.

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 1***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"ABSCHNITT 4** - Pflege, die von graduierten oder ihnen gleichgestellten Krankenpflegerinnen, Hebammen, brevetierten Krankenpflegerinnen, Krankenhaushilfspflegerinnen/Krankenpflegeassistentinnen oder von ihnen gleichgestellten Personen erbracht wird"

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)*

**"Art. 8 - § 1** - Folgende Leistungen werden als Leistungen betrachtet, für die die Qualifikation einer graduierten oder einer ihr gleichgestellten Krankenpflegerin, einer Hebamme, einer brevetierten Krankenpflegerin, einer Krankenhaushilfspflegerin/Krankenpflegeassistentin oder einer ihnen gleichgestellten Person - nachstehend Krankenpflegefachkraft (W) genannt - erforderlich ist. Für die unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten spezifischen fachlichen Krankenpflegeleistungen und die unter den Rubriken IV und V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Pauschal- und Zusatzhonorare für Palliativpatienten ist jedoch die Qualifikation einer graduierten oder ihr gleichgestellten Krankenpflegerin, einer Hebamme oder einer brevetierten Krankenpflegerin erforderlich."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"1. Leistungen, die während eines Pflegeeinsatzes am Wohnsitz oder Wohnort des Begünstigten erbracht werden**

**I. Pflegeeinsatz****A. Grundleistung**

425014	Erste Grundleistung des Pflgetags	W 0,879	
425036	Zweite Grundleistung des Pflgetags	W 0,879	
425051	Dritte oder weitere Grundleistung des Pflgetags	W 0,879	

**B. Fachliche Krankenpflegeleistungen***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)*

"	425110	Hygieneleistungen (Körperpflege)	W 1,167	"
"	423054	Verabreichung von Arzneimitteln, darin inbegriffen der Wechsel des Heparinblocks, auf direktem intravenösem Weg oder über einen vorher gelegten intravenösen Katheter	W 0,532	"
"	423076	Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem oder hypodermischem Weg	W 0,484	"
"	423091	Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem, hypodermischem oder intravenösem Weg über mehrere Injektionsstellen	W 0,508	"

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	KRANKENPFLEGER	Art. 8 Seite 2
"	424255 <i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Überwachung einer Wunde mit bioaktivem Verband	W 0,484
	424270 Auftragen von Salben oder Arzneiprodukten	W 0,484
	424292 Postoperative Einbringung von Augentropfen und/oder -salbe	W 0,484
	424314 Im Rahmen einer Kompressionstherapie: Anlegen von Bandagen, Kompressionsverbänden, An- und/oder Ausziehen von Strümpfen	W 0,484
	424336 Einfache Wundpflege mit Ausnahme der Leistungen 424255, 424270, 424292 und 424314	W 1,459 "
"	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 29.4.2009" (in Kraft am 1.7.2009)</i> 424351 Komplexe Wundpflege	W 1,759 "
"	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> 424373 Spezifische Wundpflege	W 2,9
	424395 Besuch einer Relais-Krankenpflegerin für spezifische Wundpflege	W 2,8 "
"	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i> 425176 - Legen eines Blasenkatheters, - Blaseninstillation, - Blasenpülung	W 0,804
	425191 - aseptische Vulvapflege, - Scheidenspülung, - Aspiration der Atemwege	W 0,730
	425213 - manuelle Entfernung von Fäkalomen, - Einlauf und/oder Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine Rektalsonde, - Magen- und Darmsondierung und -drainage, - Darmspülung, - enterale Ernährung über Magensonde, Gastrostomie- oder Enterostomiesonde	W 0,730 "
"	<i>"K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i> 425736 Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln für chronisch kranke psychiatrische Patienten	W 0,180 "
"	<i>"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)</i> 424874 Wöchentliche Vorbereitung von oral verabreichten Arzneimitteln	W 2,365 "

Text in Kraft seit dem 01/07/2013

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 3***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)***"II. - Pauschalhonorare pro Pfl egetag für sehr pfle gebedürftige Patienten"***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + "K.E. vom 17.9.20005" (in Kraft am 1.10.2005)*

- " 425272 Pauschalhonorar, A-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pfl egetag für die Gesamtheit der Pfl egeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:
- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und/oder das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4)
- W 3,825     "

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

- " 425294 Pauschalhonorar, B-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pfl egetag für die Gesamtheit der Pfl egeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:
- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und/oder das Kriterium "essen" (Ergebnis 3 oder 4)
- W 7,371     "

*"K.E. 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. 4.6.1998" (in Kraft am 1.7.1998) + "K.E. 9.6.1999" (in Kraft am 1.7.1999) + "K.E. 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

- " 425316 Pauschalhonorar, C-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pfl egetag für die Gesamtheit der Pfl egeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:
- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" (Ergebnis 4) und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 4), und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" (Ergebnis 4) und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und das Kriterium "essen" (wobei für ein Kriterium ein Ergebnis von 4 und für das andere ein Ergebnis von mindestens 3 erreicht werden muss)
- W 10,083     "

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + Erratum BS 9.3.2005***"III. - Spezifische fachliche Krankenpflegeleistungen"***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 24.4.2012 " (in Kraft am 1.7.2012)*

- " 425375 Pauschalhonorar pro Pfl egetag, der eine oder mehrere der folgenden spezifischen fachlichen Krankenpflegeleistungen umfasst:

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 4</b>
	- Anlegung und/oder Beaufsichtigung von Infusionen (intravenös oder subkutan), - Verabreichung parenteraler Nahrung und/oder Beaufsichtigung parenteraler Ernährung	W 8,934    "
" 423113	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i> Legen eines Dauerkatheters oder einer besonderen Vorrichtung, die die Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine implantierbare Kammer ermöglicht	W 8,934    "
" 421072	<i>"K.E. vom 15.12.2008" (in Kraft am 1.2.2009)</i> Entfernen eines Dauerkatheters oder einer besonderen Vorrichtung, die die Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine implantierbare Kammer ermöglicht	W 8,333    "
" 427416	<i>"K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010)</i> Austausch eines über dem Schambein angebrachten Blasenkatheters mit Ballon	W 2,302
427475	Austausch einer Gastrostomie-Sonde mit Ballon	W 2,302    "
" 427534	<i>"K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)</i> Honorar für die Überwachung und Begleitung bei Verwendung eines Pumpensystems zur Dauerverabreichung von Analgetika über einen Epidural- oder Intrathekalkatheter	W 2,946    "
	<i>"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)</i> <b>"IV - Pauschalhonorar pro Pflage tag für Palliativpatienten"</b>	
" 427011	<i>"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + "K.E. vom 17.9.20005" (in Kraft am 1.10.2005)</i> PC-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflage tag für die Gesamtheit der Krankenpflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten: • dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: - Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" (Ergebnis 4) und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" (Ergebnis 4) und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und das Kriterium "essen" (wobei für ein Kriterium ein Ergebnis von 4 und für das andere ein Ergebnis von mindestens 3 erreicht werden muss) • und der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.	W 14,422
427033	PB-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflage tag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten: • dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: - Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und	

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**



Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 5</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4) und</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und/oder das Kriterium "essen" (Ergebnis 3 oder 4)</li> <li>• und der der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 11,750
427055	<p>PA-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und/oder das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4)</li> <li>• unter der Bedingung, dass der Begünstigte der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 10,887 "
" 427173	<p><i>"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)</i></p> <p>PP-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für den die Bestimmungen des Paragraphen 4 Nr. 6 zur Anwendung kommen,</li> <li>• unter der Bedingung, dass der Begünstigte der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 10,887
	<p><b>V. - Zusatzhonorar pro Pflgetag für Palliativpatienten</b></p> <p>Zusatzhonorar, PN-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für den eine oder mehrere unter römisch I oder III der vorliegenden Rubrik erwähnte Leistungen bescheinigt wurden, ohne dass der in § 4 Nr. 6 erwähnte Tageshöchstbetrag erreicht wurde,</li> <li>• und der der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 7,062 "
	<p><i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i></p> <p><b>"VI. - Pauschalhonorare für die für Diabetespatienten erbrachten Leistungen</b></p>	
423135	<p>Pauschalhonorar für die Erstellung einer diabetespezifischen Pflegeakte für den Patienten und für die Konzertierung mit dem behandelnden Arzt</p>	W 7,001
423150	<p>Pauschalhonorar für die individuelle Schulung eines Diabetespatienten zur Selbstpflege durch einen Relais-Krankenpfleger für Diabetologie</p>	W 21,002

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	KRANKENPFLEGER	Art. 8 Seite 6
423172	Pauschalhonorar für die Anwesenheit eines Bezugskrankenpflegers bei der individuellen Schulung zur Selbstpflege	W 8,401
423194	Pauschalhonorar für die individuelle Schulung zur Aufklärung über die Pathologie, bei der ein Bezugskrankenpfleger oder ein Relais-Krankenpfleger dem Diabetespatienten Erklärungen gibt	W 7,001
423216	Pauschalbetrag für die Begleitung eines Diabetespatienten nach der Schulung zur Selbstpflege	W 2,800
423231	Honorar für die Begleitung eines Diabetespatienten, der nicht zur Selbstpflege übergeht, durch einen Bezugskrankenpfleger  <i>"K.E. vom 15.12.2008" (in Kraft am 1.2.2009)</i> <b>"VII. - Pflegeberatung</b>	W 0,070 "
429015	Pflegeberatung im Rahmen der Hauspflege  <i>"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)</i>	W 5,555 "
" 424896	Pflegegutachten und Konzertierung im Hinblick auf die wöchentliche Vorbereitung von oral verabreichten Arzneimitteln mit Zustimmung des behandelnden Arztes  <i>"K.E. vom 19.1.2011" (in Kraft am 1.1.2010)</i> <b>"VIII. -</b>	W 5,203 "
428035	Aufwertung wiederholt notwendiger Leistungen für sehr pflegebedürftige Patienten  <i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i> <b>"2. Leistungen, die während eines Pflegeeinsatzes an einem Wochenende oder einem Feiertag am Wohnsitz oder Wohnort des Begünstigten erbracht werden</b>  <b>I. Pflegeeinsatz</b>  <b>A. Grundleistung</b>	W 0,134 "
425412	Erste Grundleistung des Pflgetags	W 1,206
425434	Zweite Grundleistung des Pflgetags	W 1,206
425456	Dritte oder weitere Grundleistung des Pflgetags	W 1,206
" 425515	<b>B. Fachliche Krankenpflegeleistungen"</b> <i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)</i> Hygieneleistungen (Körperpflege)	W 1,754 "
" 423253	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i> Verabreichung von Arzneimitteln, darin inbegriffen der Wechsel des Heparinblocks, auf direktem intravenösem Weg oder über einen vorher gelegten intravenösen Katheter	W 0,803 "

Text in Kraft seit dem 01/07/2013

Inoffizielle Koordinierung	KRANKENPFLEGER	Art. 8 Seite 7
" 423275	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem oder hypodermischem Weg	W 0,730 "
" 423290	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i> Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem, hypodermischem oder intravenösem Weg über mehrere Injektionsstellen	W 0,766 "
" 424410	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Überwachung einer Wunde mit bioaktivem Verband	W 0,730
424432	Auftragen von Salben oder Arzneiprodukten	W 0,730
424454	Postoperative Einbringung von Augentropfen und/oder -salbe	W 0,730
424476	Im Rahmen einer Kompressionstherapie: Anlegen von Bandagen, Kompressionsverbänden, An- und/oder Ausziehen von Strümpfen	W 0,730
424491	Einfache Wundpflege mit Ausnahme der Leistungen 424410, 424432, 424454 und 424476	W 2,189 "
" 424513	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 29.4.2009" (in Kraft am 1.7.2009)</i> Komplexe Wundpflege	W 2,562 "
" 424535	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Spezifische Wundpflege	W 4,350 "
" 425574	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i> - Legen eines Blasenkatheters, - Blaseninstillation, - Blasenpülung	W 1,206
425596	- aseptische Vulvapflege, - Scheidenspülung, - Aspiration der Atemwege	W 1,094
425611	- manuelle Entfernung von Fäkalomen, - Einlauf und/oder Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine Rektalsonde, - Magen- und Darmsondierung und -drainage, - Darmspülung, - enterale Ernährung über Magensonde, Gastrostomie- oder Enterostomiesonde	W 1,094 "
" 425751	<i>"K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln für chronisch kranke psychiatrische Patienten	W 0,269 "

Text in Kraft seit dem 01/07/2013

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 8***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)***"II. - Pauschalhonorare pro Pflageetag für sehr pflegebedürftige Patienten"***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

- " 425670 Pauschalhonorar, A-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflageetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:
- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und/oder das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4)

W 5,710

- 425692 Pauschalhonorar, B-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflageetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:
- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und/oder das Kriterium "essen" (Ergebnis 3 oder 4)

W 10,944 "

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 4.6.1998" (in Kraft am 1.7.1998) + "K.E. vom 9.6.1999" (in Kraft am 1.7.1999) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

- " 425714 Pauschalhonorar, C-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflageetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:
- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" (Ergebnis 4) und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 4), und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" (Ergebnis 4) und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 4) und
  - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und für das Kriterium "essen" (wobei für ein Kriterium ein Ergebnis von 4 und für das andere ein Ergebnis von mindestens 3 erreicht werden muss)

W 15,017 "

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + Erratum BS 9.3.2005*  
**"III - Spezifische fachliche Krankenpflegeleistungen"***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)*

- " 425773 Pauschalhonorar pro Pflageetag, der eine oder mehrere der folgenden spezifischen fachlichen Krankenpflegeleistungen umfasst:
- Anlegung und/oder Beaufsichtigung von Infusionen (intravenös oder subkutan),

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 9</b>
	- Verabreichung parenteraler Nahrung und/oder Beaufsichtigung parenteraler Ernährung	W 13,401 "
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i>	
" 423312	Legen eines Dauerkatheters oder einer besonderen Vorrichtung, die die Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine implantierbare Kammer ermöglicht	W 8,934 "
	<i>"K.E. vom 15.12.2008" (in Kraft am 1.2.2009)</i>	
" 421094	Entfernen eines Dauerkatheters oder einer besonderen Vorrichtung, die die Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine implantierbare Kammer ermöglicht	W 8,333 "
	<i>"K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010)</i>	
" 427431	Austausch eines über dem Schambein angebrachten Blasenkateters mit Ballon	W 3,453
	427490 Austausch einer Gastrostomie-Sonde mit Ballon	W 3,453 "
	<i>"K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)</i>	
" 427556	Honorar für die Überwachung und Begleitung bei Verwendung eines Pumpensystems zur Dauerverabreichung von Analgetika über einen Epidural- oder Intrathekalkatheter	W 4,504 "
	<i>"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)</i>	
	<b>"IV. - Pauschalhonorar pro Pflage-tag für Palliativpatienten"</b>	
	<i>"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + "K.E. vom 17.9.20005" (in Kraft am 1.10.2005)</i>	
" 427092	PC-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflage-tag für die Gesamtheit der Pflageleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten: • dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: - Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" (Ergebnis 4) und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" (Ergebnis 4) und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und das Kriterium "essen" (wobei für ein Kriterium ein Ergebnis von 4 und für das andere ein Ergebnis von mindestens 3 erreicht werden muss) • und der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.	W 21,512
	427114 PB-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflage-tag für die Gesamtheit der Pflageleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten: • dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: - Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und	

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	KRANKENPFLEGER	Art. 8 Seite 10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4) und</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und/oder das Kriterium "essen" (Ergebnis 3 oder 4)</li> <li>• und der der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 17,493
427136	<p>PA-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und/oder das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4)</li> </ul> </li> <li>• unter der Bedingung, dass der Begünstigte der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 16,253 "
" 427195	<p><i>"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)</i></p> <p>PP-Pauschalhonorar, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für den die Bestimmungen des Paragraphen 4 Nr. 6 zur Anwendung kommen,</li> <li>• unter der Bedingung, dass der Begünstigte der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 16,253
	<b>V. - Zusatzhonorar pro Pflgetag für Palliativpatienten</b>	
427151	<p>Zusatzhonorar, PN-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die erbracht werden für einen Begünstigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für den eine oder mehrere unter römisch I oder III der vorliegenden Rubrik erwähnte Leistungen bescheinigt wurden, ohne dass der in § 4 Nr. 6 erwähnte Tageshöchstbetrag erreicht wurde,</li> <li>• und der der in § 5bis Nr. 1 erwähnten Definition eines Palliativpatienten entspricht.</li> </ul>	W 10,624 "
	<p><i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i></p> <p><b>"VI. - Pauschalhonorar für die für Diabetespatienten erbrachten Leistungen</b></p>	
423334	<p>Honorar für die Begleitung eines Diabetespatienten, der nicht zur Selbstpflege übergeht, durch einen Bezugskrankenschwäger</p>	W 0,070 "
	<p><i>"K.E. vom 19.1.2011" (in Kraft am 1.1.2010)</i></p> <p><b>"VII. -</b></p>	
428050	<p>Aufwertung wiederholt notwendiger Leistungen für sehr pflegebedürftige Patienten</p>	W 0,134 "

Text in Kraft seit dem 01/07/2013

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER**

Art. 8 Seite 11

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + Erratum BS 9.3.2005***"3. Während eines Pflegeinsatzes entweder in der Praxis der Krankenpflegefachkraft oder am gemeinsamen - zeitweiligen oder definitiven - Wohnsitz oder Wohnort von Personen mit Behinderung oder in einem Erholungsheim erbrachte Leistungen"***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)***"I. Pflegeinsatz****A. Grundleistung**

425810	Erste Grundleistung des Pflgetags	W 0,655	
425832	Zweite Grundleistung des Pflgetags	W 0,655	
425854	Dritte oder weitere Grundleistung des Pflgetags	W 0,655	

**B. Fachliche Krankenpflegeleistungen"***"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)*

" 425913	Hygieneleistungen (Körperpflege)	W 1,167	"
" 423356	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i> Verabreichung von Arzneimitteln, darin inbegriffen der Wechsel des Heparinblocks, auf direktem intravenösem Weg oder über einen vorher gelegten intravenösen Katheter	W 0,532	"
" 423371	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem oder hypodermischem Weg	W 0,484	"
" 423393	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i> Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem, hypodermischem oder intravenösem Weg über mehrere Injektionsstellen	W 0,508	"
" 424550	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i> Überwachung einer Wunde mit bioaktivem Verband	W 0,484	
424572	Auftragen von Salben oder Arzneiprodukten	W 0,484	
424594	Postoperative Einbringung von Augentropfen und/oder -salbe	W 0,484	
424616	Im Rahmen einer Kompressionstherapie: Anlegen von Bandagen, Kompressionsverbänden, An- und/oder Ausziehen von Strümpfen	W 0,484	
424631	Einfache Wundpflege mit Ausnahme der Leistungen 424550, 424572, 424594 und 424616	W 1,459	"

Text in Kraft seit dem 01/07/2013

Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 12</b>
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 29.4.2009" (in Kraft am 1.7.2009)</i>	
" 424653	Komplexe Wundpflege	W 1,759 "
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i>	
" 424675	Spezifische Wundpflege	W 2,9
424690	Besuch einer Relais-Krankenpflegerin für spezifische Wundpflege	W 2,8 "
	<i>"K.E. vom 20.12.2004 (in Kraft am 1.6.1997)</i>	
" 425972	- Legen eines Blasenkatheters, - Blaseninstillation, - Blasenpflüfung	W 0,804
425994	- aseptische Vulvapflege, - Scheidenspflüfung, - Aspiration der Atemwege	W 0,730
426016	- manuelle Entfernung von Fäkalomen, - Einlauf und/oder Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine Rektalsonde, - Magen- und Darmsondierung und -drainage, - Darmspflüfung, - enterale Ernährung über Magensonde, Gastrostomie- oder Enterostomiesonde	W 0,730
<b>II. - Pauschalhonorare pro Pflęgetag für sehr pflęgebedürftige Patienten"</b>		
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)</i>	
" 426075	Pauschalhonorar, A-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflęgetag für die Gesamtheit der Pflęgeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: - Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und/oder das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4)	W 3,605
426090	Pauschalhonorar, B-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflęgetag für die Gesamtheit der Pflęgeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht: - Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 3 oder 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 3 oder 4) und - Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und/oder das Kriterium "essen" (Ergebnis 3 oder 4)	W 6,432 "

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**



Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 13</b>
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 4.6.1998" (in Kraft am 1.7.1998) + "K.E. vom 9.6.1999" (in Kraft am 1.7.1999) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)</i>	
" 426112	<p>Pauschalhonorar, C-Pauschale genannt, das nur ein Mal pro Pflgetag für die Gesamtheit der Pflegeleistungen gewährt wird, die für einen Begünstigten erbracht werden, dessen Zustand physischer Abhängigkeit folgenden Kriterien entspricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "sich waschen" (Ergebnis 4) und das Kriterium "sich anziehen" (Ergebnis 4) und</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Lagewechsel und Fortbewegung" (Ergebnis 4) und das Kriterium "zur Toilette gehen" (Ergebnis 4) und</li> <li>- Abhängigkeit für das Kriterium "Kontinenz" und das Kriterium "essen" (wobei für ein Kriterium ein Ergebnis von 4 und für das andere ein Ergebnis von mindestens 3 erreicht werden muss)</li> </ul>	W 8,874    "
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i>	
	<b>"III. - Spezifische fachliche Krankenpflegeleistungen"</b>	
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)</i>	
" 426171	<p>Pauschalhonorar pro Pflgetag, der eine oder mehrere der folgenden spezifischen fachlichen Krankenpflegeleistungen umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anlegung und/oder Beaufsichtigung von Infusionen (intravenös oder subkutan)</li> <li>- Verabreichung parenteraler Nahrung und/oder Beaufsichtigung parenteraler Ernährung</li> </ul>	W 8,934    "
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i>	
" 423415	Legen eines Dauerkatheters oder einer besonderen Vorrichtung, die die Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine implantierbare Kammer ermöglicht	W 8,934    "
	<i>"K.E. vom 15.12.2008" (in Kraft am 1.2.2009)</i>	
" 421116	Entfernen eines Dauerkatheters oder einer besonderen Vorrichtung, die die Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine implantierbare Kammer ermöglicht	W 8,333    "
	<i>"K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010)</i>	
" 427453	Austausch eines über dem Schambein angebrachten Blasenkatheters mit Ballon	W 2,302
	427512 Austausch einer Gastrostomie-Sonde mit Ballon	W 2,302    "
	<i>"K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)</i>	
" 427571	Honorar für die Überwachung und Begleitung bei Verwendung eines Pumpensystems zur Dauerabreichung von Analgetika über einen Epidural- oder Intrathekalkatheter	W 2,946    "

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 14</b>
	<i>"K.E. vom 19.1.2011" (in Kraft am 1.1.2010)</i>	
	<b>"IV. -</b>	
428072	Aufwertung wiederholt notwendiger Leistungen für sehr pflegebedürftige Patienten	W 0,134 "
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i>	
	<b>"4. Leistungen, die während eines Pflegeeinsatzes in einem Tagesbetreuungszen- trum für Betagte erbracht werden</b>	
	<b>I. Pflegeeinsatz</b>	
	<b>A. Grundleistung</b>	
426215	Erste Grundleistung des Tages	W 0,655
426230	Zweite Grundleistung des Pflgetags	W 0,655
426252	Dritte oder weitere Grundleistung des Pflgetags	W 0,655
	<b>B. - Fachliche Krankenpflegeleistungen"</b>	
426311	<i>Aufgehoben durch K.E. vom 18.7.2007 (in Kraft am 1.10.2002)</i>	
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 20.12.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i>	
" 423430	Verabreichung von Arzneimitteln, darin inbegriffen der Wechsel des Heparinblocks, auf direktem intravenösem Weg oder über einen vorher gelegten intravenösen Katheter	W 0,532
423452	Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem oder hypodermischem Weg	W 0,484 "
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)</i>	
" 423474	Verabreichung von Arzneimitteln auf intramuskulärem, subkutanem, hypodermischem oder intravenösem Weg über mehrere Injektionsstellen	W 0,508 "
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i>	
" 424712	Überwachung einer Wunde mit bioaktivem Verband	W 0,484
424734	Auftragen von Salben oder Arzneiprodukten	W 0,484
424756	Postoperative Einbringung von Augentropfen und/oder -salbe	W 0,484
424771	Im Rahmen einer Kompressionstherapie: Anlegen von Bandagen, Kompressionsverbänden, An- und/oder Ausziehen von Strümpfen	W 0,484
424793	Einfache Wundpflege mit Ausnahme der Leistungen 424712, 424734, 424756 und 424771	W 1,459 "

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung	<b>KRANKENPFLEGER</b>	<b>Art. 8 Seite 15</b>
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 29.4.2009" (in Kraft am 1.7.2009)</i>	
" 424815	Komplexe Wundpflege	W 1,759 "
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i>	
" 424830	Spezifische Wundpflege	W 2,9
424852	Besuch einer Relais-Krankenpflegerin für spezifische Wundpflege	W 2,8 "
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i>	
" 426370	- Legen eines Blasenkatheters, - Blaseninstillation, - Blasenspülung	W 0,804
426392	- aseptische Vulvapflege, - Scheidenspülung, - Aspiration der Atemwege	W 0,730
426414	- manuelle Entfernung von Fäkalomen, - Einlauf und/oder Verabreichung einer Arzneimittellösung über eine Rektalsonde, - Magen- und Darmsondierung und -drainage, - Darmspülung, - enterale Ernährung über Magensonde, Gastrostomie- oder Enterostomiesonde	W 0,730 "
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i>	
	<b>"§ 2 - Nähere Angaben zur Verschreibung:</b>	
	Folgende Leistungen werden nur dann erstattet, wenn sie von einem Arzt verschrieben wurden:"	
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 18.7.2002" (in Kraft am 1.10.2002) + "K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i>	
	"- die fachlichen Krankenpflegeleistungen, die erwähnt sind unter der Rubrik I Buchstabe B) von §1 Nr. 1, 2, 3 und 4, mit Ausnahme der Leistungen 425110, 425515, 425913, 424395, 424690 und 424852. Die Leistungen 424255, 424410, 424550 und 424712 müssen nicht verschrieben werden, können jedoch nur für den Zeitraum bescheinigt werden, für den die Wundpflege mit bioaktivem Verband verschrieben wurde,"	
	<i>"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)</i>	
	"- die spezifischen fachlichen Krankenpflegeleistungen, die unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnt sind,"	
	<i>"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)</i>	
	"- die Pflegeleistungen, die im Rahmen eines der unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter den Rubriken IV und V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Pauschalhonorare erbracht wurden, mit Ausnahme der Hygieneleistungen,"	
	<i>"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)</i>	
	"- die Pauschalhonorare für die individuelle Schulung eines Diabetespatienten zur Selbstpflege (423150) und im Hinblick auf das Verständnis der Pathologie (423194), die Pauschale für die Begleitung der Diabetespatienten nach der Schulung zur Selbstpflege (423216) und die Honorare für die pflegerische Begleitung der Diabetespatienten, die nicht zur Selbstpflege übergehen (423231 und 423334)."	

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 16**

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)*

"In dieser Verschreibung muss die Art der Dienstleistungen, ihre Anzahl und ihre Häufigkeit angegeben sein. Die Verschreibung darf sich nicht auf die alleinige Angabe des Verzeichniskodes beschränken, sondern muss die notwendigen Angaben für die Identifizierung der in Rechnung gestellten Pflege enthalten. Für die Leistungen 425736 und 425751 muss in der Verschreibung statt der Anzahl der Leistungen der Zeitraum, auf die sie sich beziehen, angegeben werden; dieser Zeitraum beläuft sich auf höchstens ein Jahr; die Verschreibung ist erneuerbar."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

"Handelt es sich um die Verabreichung von Arzneimitteln und Arzneimittellösungen, müssen in der Verschreibung ebenfalls Art und Dosis der zu verabreichenden Produkte angegeben werden.

Handelt es sich um eine parenterale oder enterale Ernährung oder um Infusionen, müssen in der Verschreibung ebenfalls die Abgabemenge und die Quantität pro 24 Stunden angegeben sein."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"Verschreibungen in Sache Wundpflege enthalten außerdem folgende zusätzliche Angaben:

- Beschreibung der Wunde,
- maximale Häufigkeit der Pflege,
- Dosierung der anzuwendenden Arzneimittel,
- Zeitraum, über den die Wunde versorgt werden muss."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"§ 3 - Keine Honorare werden geschuldet:**

1. wenn die Leistungen für Begünstigte erbracht werden, die in einem Krankenhaus aufgenommen sind oder unter den Bedingungen ambulant gepflegt werden, unter denen es Pflegeeinrichtungen erlaubt ist, eine der im Nationale Abkommen mit den Pflegeeinrichtungen vorgesehenen Pauschalen in Rechnung zu stellen, außer wenn der Begünstigte im Laufe eines selben Tages die Eigenschaft eines in einem Krankenhaus aufgenommenen und eines ambulanten Begünstigten hat. In diesem Fall kann die Beteiligung der Versicherung gewährt werden unter der Bedingung, dass der Versicherungsträger den Pseudocode 426613 angibt,

2. wenn dem Begünstigten im Rahmen der in Artikel 34 Nr. 11 und 12 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes erwähnten Bestimmungen eine Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens gewährt wird,

3. wenn die erbrachten Pflegeleistungen integraler Bestandteil einer Konsultation, eines Besuchs oder einer fachlichen Leistung eines Arztes sind,"

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 17**

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 4.6.1998" (in Kraft am 9.1.1998)*

"4. wenn die Pflegeleistungen erbracht wurden am gemeinsamen - zeitweiligen oder definitiven - Wohnsitz oder Wohnort von Betagten im Sinne des Königlichen Erlasses vom 19. Dezember 1997 zur Festlegung der Bedingungen, die die Einrichtungen erfüllen müssen, die, ohne als Altenheime zugelassen zu sein, gemeinsamer Wohnsitz oder Wohnort von Betagten im Sinne von Artikel 34 Nr. 12 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung sind,"

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

"5. wenn die im vorliegenden Artikel erwähnte Pflegeakte nicht existiert oder der in § 4 Nr. 2 des vorliegenden Artikels beschriebene Mindestinhalt in dieser Akte nicht vorkommt."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"§ 4 - Nähere Angaben zu den unter der Rubrik I von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnten Leistungen:**

1. Die unter der Rubrik I Buchstabe A) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnte Grundleistung umfasst:

- die globale Beobachtung des Begünstigten,
- die Pflegeplanung und -beurteilung,
- die gesundheitliche Betreuung des Begünstigten und seines Umfelds,
- die Erstellung und Fortschreibung einer Pflegeakte,
- die Fahrtkosten, mit Ausnahme der zusätzlichen Fahrtkosten im ländlichen Raum, außer für die unter der Rubrik I Buchstabe A) von § 1 Nr. 3 und 4 erwähnten Grundleistungen."

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

"Der Mindestinhalt der Pflegeakte umfasst zumindest:

- Die Daten zur Identifizierung des Begünstigten,
- die in § 5 erwähnte Bewertungstabelle, sofern das Verzeichnis dies verlangt,
- den Inhalt der in § 2 erwähnten Verschreibungen (Kopie oder Abschrift der Verschreibung bei elektronischer Akte), sofern das Verzeichnis dies verlangt,
- die Daten zur Identifizierung des Verschreibers, sofern das Verzeichnis dies verlangt,
- die Pflegeleistungen, die während eines Pfl egetages erbracht werden,
- die Identifizierung der Krankenpflegefachkräfte, die diese Leistungen erbracht haben,
- den in § 6 Nr. 4 erwähnten Vermerk in Sachen Kontinenz, sofern das Verzeichnis dies verlangt.

Umfassen die für den Begünstigten erbrachten Pflegeleistungen unter der Rubrik I Buchstabe B) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 des vorliegenden Artikels beschriebene fachliche Leistungen, dann umfasst der Mindestinhalt der Pflegeakte außer den Angaben des ersten Absatzes der vorliegenden Bestimmung ebenfalls:

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 18**

- die Pflegeplanung,
- die Pflegebeurteilung

Die relevanten Daten mit Bezug auf die Planung und Beurteilung der im vorhergehenden Absatz erwähnten Leistungen müssen zumindest jeden zweiten Monat in der Pflegeakte vermerkt werden.

Umfasst die für einen Begünstigten erbrachte Pflege komplexe Wundpflege, wie beschrieben in § 8 Nr. 1 des vorliegenden Artikels, oder wird die Pflege im Rahmen der Pauschalhonorare pro Pflageitag für sehr pflegebedürftige Patienten erbracht, wie beschrieben unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 des vorliegenden Artikels, dann umfasst der Mindestinhalt der Pflegeakte außer den Angaben der beiden ersten Absätze der vorliegenden Bestimmung auch:

- die in § 8 Nr. 5 erwähnte Akte "spezifische Wundpflege", sofern das Verzeichnis dies verlangt.

Für die in Absatz 4 erwähnten Fälle müssen die in Absatz 2 erwähnten relevanten Angaben mit Bezug auf die Pflegeplanung und -beurteilung in Abweichung von Absatz 3 zumindest jede zweite Woche in der Pflegeakte vermerkt werden.

Umfasst die für den Begünstigten erbrachte Pflege spezifische fachliche Krankenpflegeleistungen, wie beschrieben unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 des vorliegenden Artikels, oder wie in § 8 Nr. 1 des vorliegenden Artikels beschriebene spezifische Wundpflege oder andere Leistungen, wie beschrieben in § 1 Nr. 1 römisch V, VI und VII oder in § 1 Nr. 2 römisch V und VI, oder wird die Pflege im Rahmen der Pauschalhonorare pro Pflageitag für Palliativpatienten, wie beschrieben unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 des vorliegenden Artikels, erbracht, dann umfasst der Mindestinhalt der Pflegeakte außer den Angaben der beiden ersten Absätze der vorliegenden Bestimmung auch:

- die im vorliegenden Artikel festgelegten spezifischen Angaben für diese Leistungen.

Für die in Absatz 6 erwähnten Fälle, mit Ausnahme der in § 1 Nr. 1 römisch VI und VII und in § 1 Nr. 2 römisch VI erwähnten Leistungen, müssen die in Absatz 2 erwähnten relevanten Angaben mit Bezug auf die Planung und Beurteilung der Pflegeleistungen in Abweichung von Absatz 3 zumindest jede Woche in der Pflegeakte vermerkt werden.

Für den vorliegenden Paragraphen versteht man unter einer Woche den Zeitraum von montags 0 Uhr bis sonntags 24 Uhr.

Die Pflegeplanung und -beurteilung muss inhaltlich einer Richtlinie entsprechen, die auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegt wird.

Die Führung der Akte ist an keine Formbedingung geknüpft (elektronische Akten sind erlaubt).

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 19**

Unbeschadet der durch andere Rechtsvorschriften auferlegten Aufbewahrungsfristen muss die Pflegeakte für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren aufbewahrt werden.

Die Pflegeakte eines Begünstigten kann von mehreren Krankenpflegefachkräften gemeinsam geführt werden, wobei jede Fachkraft jedoch verantwortlich bleibt für die Fortschreibung der Angaben der Akte, die sich auf die Pflegeleistungen beziehen, die sie erbracht hat."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004)*

"3. Die unter der Rubrik I Buchstabe A) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnten Grundleistungen dürfen nur dann angerechnet werden, wenn gleichzeitig entweder eine oder mehrere unter der Rubrik I Buchstabe B) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnte fachliche Krankenpflegeleistungen, mit Ausnahme der Leistungen 424395, 424690 und 424852, oder eine oder mehrere unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnte spezifische fachliche Krankenpflegeleistungen bescheinigt werden."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 18.7.2002" (in Kraft am 1.10.2002) + "K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"4. Unbeschadet der Bestimmungen von § 6 dürfen die Leistungen 425110, 423054, 423076, 423091, 424255, 424270, 424292, 424314, 424336, 424351, 424373, 424395, 425176, 425191, 425213, 425515, 423253, 423275, 423290, 424410, 424432, 424454, 424476, 424491, 424513, 424535, 425574, 425596, 425611, 425913, 423356, 423371, 423393, 424550, 424572, 424594, 424616, 424631, 424653, 424675, 424690, 425972, 425994, 426016, 423430, 423452, 423474, 424712, 424734, 424756, 424771, 424793, 424815, 424830, 424852, 426370, 426392 und 426414 nur ein einziges Mal pro Pflegeeinsatz bescheinigt werden."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

"5. Die Pflegeleistungen dürfen lediglich aus medizinischen Gründen, die auf der Verschreibung vermerkt sind, von der Krankenpflegefachkraft auf mehrere Pflegeeinsätze verteilt werden."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 17.9.2005" (in Kraft am 1.10.2005)*

"6. Für einen selben Begünstigten darf die Kumulierung der pro Pflgetag vorgesehenen Honorare für die Leistungen, die am selben Tag bei verschiedenen Pflegeeinsätzen von einer oder von mehreren Krankenpflegefachkräften erbracht werden, folgende Werte nicht überschreiten:

a) den Wert W 3,825, wenn mehrere unter den Rubriken I Buchstabe A) und I Buchstabe B) von § 1 Nr. 1 erwähnte Leistungen bescheinigt werden,

b) den Wert W 5,710, wenn mehrere unter den Rubriken I Buchstabe A) und I Buchstabe B) von § 1 Nr. 2 erwähnte Leistungen bescheinigt werden,

c) den Wert W 3,605, wenn mehrere unter den Rubriken I Buchstabe A) und I Buchstabe B) von § 1 Nr. 3 erwähnte Leistungen bescheinigt werden,

d) den Wert W 3,605, wenn mehrere unter den Rubriken I Buchstabe A) und I Buchstabe B) von § 1 Nr. 4 erwähnte Leistungen bescheinigt werden."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 20**

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

"Für die Festlegung der Werte im vorherigen Absatz wird den Leistungen 424395, 424690, 424852 und 424874 nicht Rechnung getragen."

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

**"§ 4bis** - Nähere Angaben zu den Leistungen unter der Rubrik VII von § 1 Nr. 1:

Die Leistung 429015 umfasst die Bestimmung der pflegerelevanten Gesundheitsprobleme des Patienten und die Formulierung der Pflegeziele in Absprache mit dem Patienten und/oder seinem Umfeld. Die pflegerelevanten Gesundheitsprobleme und die Pflegeziele werden in einem Bericht festgehalten, der der Pflegeakte beigelegt wird.

Die Krankenpflegefachkraft kann dem behandelnden Arzt auf dessen Anfrage eine Kopie dieser Pflegeberatung zukommen lassen.

Die Leistung 424896 kann nur bescheinigt werden für die Pflege von Personen, deren mangelnde Therapietreue auf eine Demenz, auf eine nicht korrigierte Sehschwäche, auf vorübergehende oder bleibende notorische Störungen einer oder beider oberen Gliedmaßen zurückzuführen ist, oder für die Pflege von Personen, die eine komplexe Medikation befolgen müssen. Eine komplexe Medikation besteht aus mindestens 5 verschiedenen Molekülen pro Tag, die auf mindestens drei Einnahmen pro Tag verteilt werden. Für die Festlegung der im vorhergehenden Satz erwähnten Mindestmenge und Mindestanzahl Einnahmen werden die vom Patienten eingenommenen Arzneimittel, wie beschrieben in Artikel 1 des Gesetzes vom 25. März 1964 über Arzneimittel, in Betracht gezogen; die Arzneimittel für eine Woche müssen in eine Arzneimitteldose, eine Pillenbox oder einen entsprechenden Behälter passen.

Die Leistung 424896 umfasst das intellektuelle Handeln für die wöchentliche Vorbereitung von oral verabreichten Arzneimitteln.

Dieses Handeln umfasst die Erstellung einer Pflegediagnose und die Konzertierung mit dem behandelnden Arzt. Sie endet mit der Erstellung eines Dokuments, in dem die Notwendigkeit der Übernahme der wöchentlichen Vorbereitung der oral verabreichten Arzneimittel durch die Krankenpflegefachkraft begründet wird, und mit der Versendung dieses Dokuments zwecks Billigung an den behandelnden Arzt. Das Muster dieses Dokuments wird vom Gesundheitspflegeversicherungsausschuss auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger festgelegt.

Stimmt der Arzt der Übernahme der wöchentlichen Vorbereitung der oral verabreichten Arzneimittel durch die Krankenpflegefachkraft zu, indem er das Dokument unterzeichnet, kann die Leistung 424896 bescheinigt werden. Das unterzeichnete Dokument muss in der Pflegeakte aufbewahrt werden.

Die Leistung 429015 kann von einer Krankenpflegefachkraft für jeden Patienten, für den mindestens zwei Mal pro Woche Hygieneleistungen erbracht werden, bescheinigt werden, sofern diese Hygieneleistungen während eines ununterbrochenen Zeitraums von 28 Tagen, der ab dem ersten Tag der Erbringung dieser Leistungen beginnt, erbracht werden. Diese Leistung kann also erst nach Verstreichen dieser 28 Tage bescheinigt werden.

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**



Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 21**

Die Leistung 429015 kann von einer Krankenpflegefachkraft für jeden Palliativpatienten, für den mindestens zwei Mal pro Woche Hygieneleistungen erbracht werden, bescheinigt werden. In diesem Fall kann diese Leistung ab dem ersten Tag der Erbringung der Hygieneleistungen bescheinigt werden.

Die Leistung 424896 darf nicht bescheinigt werden für Patienten, für die die Leistungen von § 1 Nr. 1 römisch II und IV bescheinigt werden.

Die Leistungen 429015 und 424896 dürfen höchstens ein Mal pro Patient pro Kalenderjahr bescheinigt werden.

Die Leistungen 429015 und 424896 dürfen während eines selben Einsatzes mit allen Leistungen von Artikel 8, außer den im vorliegenden Paragraphen erwähnten Ausnahmen, kumuliert werden.

Der Bericht mit Bezug auf die Leistung 429015 muss einer Richtlinie entsprechen, die auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegt wird."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)*

"§ 5 - Nähere Angaben zu den Pauschalhonoraren, die unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnt sind:"

*"K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + Erratum BS 17.11.2004*

"1. Die unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnte physische Abhängigkeit wird auf der Grundlage der folgenden Bewertungstabelle erstellt:

a) sich waschen:

- (1) Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz waschen.
- (2) Benötigt für die Körperpflege oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.
- (3) Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.
- (4) Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.

b) Sich anziehen:

- (1) Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe an- und ausziehen.
- (2) Benötigt für das Anziehen oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe (Schnürsenkel bleiben außer Betracht).
- (3) Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.
- (4) Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.

c) Lagewechsel und Fortbewegung

- (1) Kann selbständig einen Lagewechsel vornehmen und sich völlig selbständig fortbewegen ohne mechanische Hilfe und ohne Hilfe Dritter.
- (2) Kann selbständig einen Lagewechsel vornehmen und sich fortbewegen unter Benutzung von mechanischen Hilfsmitteln (Krücken, Rollstuhl,...).

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

- (3) Benötigt unbedingt die Hilfe Dritter, um einen Lagewechsel vorzunehmen und/oder sich fortzubewegen.
- (4) Ist bettlägerig oder sitzt im Rollstuhl und hängt vollständig von der Hilfe anderer ab, um sich fortzubewegen."

*"K.E. vom 25.10.2006" (in Kraft am 1.1.2007)*

"d) Zur Toilette gehen:

- (1) Kann allein zur Toilette gehen, sich aus- beziehungsweise anziehen und sich abwischen.
- (2) Benötigt für eine der drei Handlungen Hilfe: sich fortbewegen oder sich aus- beziehungsweise anziehen oder sich abwischen.
- (3) Benötigt für zwei der drei Handlungen Hilfe: sich fortbewegen und/oder sich aus- beziehungsweise anziehen und/oder sich abwischen.
- (4) Benötigt für die drei Handlungen Hilfe: sich fortbewegen und sich aus- beziehungsweise anziehen und sich abwischen."

*"K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + Erratum BS 17.11.2004*

"e) Kontinenz:

- (1) Ist kontinent für Harn und Stuhl.
- (2) Ist gelegentlich inkontinent für Harn oder Stuhl (Blasenkatheter oder künstlicher Darmausgang inbegriffen).
- (3) Ist inkontinent für Harn (Miktionsübungen inbegriffen) oder Stuhl.
- (4) Ist inkontinent für Harn und Stuhl.

f) Essen:

- (1) Kann allein essen und trinken.
- (2) Benötigt vorherige Hilfe zum Essen oder Trinken.
- (3) Benötigt teilweise Hilfe während des Essens oder Trinkens.
- (4) Ist vollständig abhängig zum Essen und Trinken."

*"K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004)*

"2. Die unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten Pauschalhonorare erstatten pauschal die folgenden Leistungen, die während eines selben Pflgetags erbracht wurden:

a) die unter der Rubrik I Buchstabe A) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnten Grundleistungen,

b) die unter der Rubrik I Buchstabe B) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnten fachlichen Krankenpflegeleistungen, mit Ausnahme der Leistungen 424395, 424690 und 424852,

c) alle fachlichen Krankenpflegeleistungen, die erwähnt sind in der Anlage I zum Königlichen Erlass vom 18. Juni 1990 zur Festlegung der Liste der technischen Krankenpflegeleistungen und der Liste der Handlungen, die Ärzte Krankenpflegefachkräften anvertrauen können, sowie der Modalitäten für die Durchführung dieser Leistungen und Handlungen und der Qualifikationsbedingungen, die die Krankenpflegefachkräfte erfüllen müssen, und die nicht unter der Rubrik I Buchstabe B) aufgenommen sind, mit Ausnahme der unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten spezifischen fachlichen Leistungen.

Die unter der Rubrik VI von § Nr. 1 und 2 erwähnten Pauschalhonorare für Diabetespatienten können mit den unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten Pauschalhonoraren für sehr pflegebedürftige Patienten kumuliert werden."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

KRANKENPFLEGER

Art. 8 Seite 23

"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)

"3. Die unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Pauschalhonorare dürfen nur bescheinigt werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:"

"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)

"a) für jeden Begünstigten, für den unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnte Pauschalhonorare - mit Ausnahme der PP-Pauschalhonorare - bescheinigt wurden, ist eine Körperpflege (Leistungen 425110, 425515 oder 425913) pro Pflgetag durchgeführt worden,"

"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)

"b) der Krankenpfleger führt eine Akte, die den Bestimmungen von § 4 Nr. 2 entspricht,"

"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.10.1997)

"c) für jede bescheinigte Pauschale müssen mehrere der folgenden Pseudocodes, die den während des Pflgetags erbrachten Leistungen entsprechen, zusätzlich zur Nummer des Verzeichniskodes der Pauschale angegeben werden:"

"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft 1.6.1997) + "K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.10.1997) + "K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)"

"

Leistung	Pseudocode	Anzahl	LIKIV-Nummer des Leistungserbringers
erste Grundleistung	426635		
zweite Grundleistung	426650		
dritte Grundleistung	426672		
vierte Grundleistung	426694		
fünfte Grundleistung	426716		
425110, 425515 oder 425913	426731		
423054, 423076, 423091, 423253, 423275, 423290 oder 423356, 423371, 423393	426753		
424255, 424410 oder 424550	427210		
424270, 424432 oder 424572	427232		
424292, 424454 oder 424594	427254		
424314, 424476 oder 424616	427276		
424336, 424491 oder 424631	427291		

Text in Kraft seit dem 01/07/2013

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 24**

Leistung	Pseudocode	Anzahl	LIKIV-Nummer des Leistungserbringers
424351, 424513 oder 424653	427313		
424373, 424535 oder 424675	427335		
425176, 425574 oder 425972	426790		
425191, 425596 oder 425994	426812		
425213, 425611 oder 426016	426834		
425736 oder 425751	428013		
Leistungen des K.E. vom 18.06.1990, die nicht unter den Rubriken I Buchstabe B) und III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 aufgenommen sind	426856		

"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)

"d) um die C-Pauschale oder die PC-Pauschale bescheinigen zu können, müssen mindestens zwei Besuche pro Pflorgetag gemacht werden.

4. Die unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Honorarpauschalen müssen von der Krankenpflegefachkraft bescheinigt werden, die die erste Leistung desselben Pflorgetages bescheinigt hat."

"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)

"§ 5bis - Zusätzliche nähere Angaben zu den unter den Rubriken IV und V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Honoraren:

1. Im vorliegenden Artikel versteht man unter "Palliativpatient" den Begünstigten, dem die Pauschalbeteiligung gewährt wurde, die erwähnt ist in Artikel 2 des Königlichen Erlasses vom 2. Dezember 1999 zur Festlegung der Beteiligung der Gesundheitspflegepflichtversicherung für Arzneimittel, Pflegematerial und Hilfsmittel für die in Artikel 34 Nr. 14 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Hauspalliativpatienten.

2. Die Leistungen 427011, 427033, 427055, 427173, 427070, 427092, 427114, 427136, 427195 und 427151 dürfen nur ein einziges Mal pro Pflorgetag bescheinigt werden und nur für die Tage, an denen tatsächlich Pflegeleistungen erbracht wurden."

"K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2012)

"3. Die unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1, und 2 erwähnten Pauschalhonorare erstatten pauschal die folgenden Leistungen, die während eines selben Pflorgetages erbracht wurden:

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER**

Art. 8 Seite 25

a) die unter der Rubrik I Buchstabe A) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnten Grundleistungen,

b) die unter der Rubrik I Buchstabe B) von § 1 Nr. 1, 2, 3 und 4 erwähnten fachlichen Krankenpflegeleistungen, mit Ausnahme der Leistungen 424395, 424690 und 424852,

c) alle fachlichen Krankenpflegeleistungen, die erwähnt sind in der Anlage 1 zum Königlichen Erlass vom 18. Juni 1990 zur Festlegung der Liste der technischen Krankenpflegeleistungen und der Liste der Handlungen, die Ärzte Krankenpflegefachkräften anvertrauen können, sowie der Modalitäten für die Durchführung dieser Leistungen und Handlungen und der Qualifikationsbedingungen, die die Krankenpflegefachkräfte erfüllen müssen, und die nicht unter der Rubrik I Buchstabe B) aufgenommen sind, mit Ausnahme der unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten spezifischen fachlichen Leistungen,

d) die Pauschalhonorare für die Leistungen für Diabetespatienten, mit Ausnahme der Leistungen 423216, 423231 und 423334 der Rubrik VI von § 1 Nr. 1 und 2.

Die unter der Rubrik V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Zusatzhonorare für Palliativpatienten dürfen mit den Leistungen der Rubriken I und III von § 1 und den Leistungen 423216, 423231 und 423334 der Rubrik VI von § 1 N. 1 und 2 kumuliert werden."

*"K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001)*

"4. Die Krankenpflegefachkraft muss dem Vertrauensarzt die Bescheinigung dieser Leistungen gemäß den Bestimmungen von § 7 Nr. 5 des vorliegenden Artikels notifizieren.

5. Die unter den Rubriken IV und V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Pauschal- und Zusatzhonorare dürfen nur bescheinigt werden unter der Bedingung, dass die Krankenpflegefachkraft:

a) eine Dauerbetreuung des Patienten garantiert (rund um die Uhr, sieben Tage pro Woche),

b) auf eine Relais-Krankenpflegefachkraft mit Kenntnissen im Bereich der Palliativpflege zurückgreifen kann,

c) die in § 4 Nr. 2 erwähnte Pflegeakte vervollständigt, insbesondere mit folgenden Angaben:

- Aufzeichnung der Symptome,
- Schmerzskala,
- Kontakte mit der Familie des Patienten,
- Ergebnisse der Koordinierungsversammlungen.

d) - gegebenenfalls für jedes bescheinigte Pauschalhonorar neben der Nummer des Verzeichniskodes und den in § 5 Nr. 3 Buchstabe c) erwähnten Pseudocodes folgende Pseudocodes, die den während des Pflegetags erbrachten Leistungen entsprechen, angibt, und

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 26**

- gegebenenfalls für jedes bescheinigte Zusatzhonorar neben der Nummer des Verzeichniskodes folgende Pseudocodes, die den während des Pflgetags erbrachten Leistungen entsprechen, angibt:

Leistung	Pseudocode	LIKIV-Nummer des Leistungserbringers
Dringender (nicht geplanter) Besuch tagsüber auf Anfrage des Patienten	426510	
Geplanter Besuch nachts	426532	
Dringender (nicht geplanter) Besuch nachts auf Anfrage des Patienten	426554	
Vorbereitung der Medikation	426576	
Kontakt mit der Relais-Fachkraft	426871	
Konzertierungsversammlung mit dem behandelnden Arzt	426893	
Kontakt mit dem multidisziplinären Begleitdienst für Palliativpflege	426915	
Besuch ohne im Verzeichnis aufgenommene Handlung	426930	
Besuch mit einer Dauer von mindestens 1 Stunde (nur im Fall der Bescheinigung der PN-Pauschale)	426952	

Für die Pseudocodes versteht man unter "Nacht" den Zeitraum zwischen 21 Uhr abends und 8 Uhr morgens.

6. Die PC-Pauschallonorare dürfen nur bescheinigt werden für Tage, an denen mindestens zwei Besuche gemacht wurden.

7. Die unter der Rubrik V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Zusatzhonorare decken gleichzeitig alle fachlichen Krankenpflegeleistungen, die erwähnt sind in der Anlage 1 zum Königlichen Erlass vom 18. Juni 1990 zur Festlegung der Liste der technischen Krankenpflegeleistungen und der Liste der Handlungen, die Ärzte Krankenpflegefachkräften anvertrauen können, sowie der Modalitäten für die Durchführung dieser Leistungen und Handlungen und der Qualifikationsbedingungen, die die Krankenpflegefachkräfte erfüllen müssen, die nicht unter der Rubrik I Buchstabe B) aufgenommen sind, mit Ausnahme der unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten spezifischen fachlichen Leistungen."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"§ 5ter - Nähere Angaben zu den unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 erwähnten Leistungen:

1. Für die Anwendung des vorliegenden Artikels versteht man unter:

a) "Diabetespatient": einen Begünstigten, für den die Krankenpflegefachkraft nach dem 1. April 2003 eine Dauerbehandlung mit täglicher Insulininjektion beginnt. Für die Anwendung der Leistungen 423231 und 423334 kommen alle Patienten in Betracht, denen eine Krankenpflegefachkraft Insulininjektionen verabreicht,

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER**

Art. 8 Seite 27

b) "Bezugskrankenfleger": die Krankenpflegefachkraft, die den Patienten gewöhnlich pflegt und die Insulininjektion vornimmt, oder die von ihr bestimmte Krankenpflegefachkraft, die sie ersetzt,

c) "Relais-Krankenpfleger für Diabetologie": eine Krankenpflegefachkraft, die den Ausbildungsbedingungen entspricht, die in einer Richtlinie beschrieben sind, die auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegt wird, und in dieser Eigenschaft beim LIKIV eingetragen ist.

2. Die Leistungen 423135, 423150, 423172 und 423194 dürfen nur ein einziges Mal pro Patient bescheinigt werden. Sie dürfen nicht bescheinigt werden für Patienten, für die die unter den Rubriken IV und V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Pauschal- oder Zusatzhonorare bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 29.3.2006" (in Kraft am 1.5.2006)*

"3. Die Leistungen 423150, 423172, 423194 und 423216 dürfen für Patienten, die Begünstigte eines Programms im Rahmen des Rehabilitationsabkommens im Bereich Selbstregulierung von Diabetes mellitus sind, nur dann bescheinigt werden, wenn sie gleichzeitig folgende Bedingungen erfüllen:

- a) dieses Rehabilitationsprogramm nach dem 1. Januar 2006 begonnen haben,
- b) an Diabetes Typ 2 leiden,
- c) 2 oder mehr Insulininjektionen pro 24 Stunden erhalten,
- d) pro Woche zwei Tages-Blutzuckerkurven erstellen,
- e) ihre Diabetes-Erkrankung selbst kontrollieren, die Schwankungen rechtzeitig wahrnehmen und sie selbst beheben,
- f) nicht zu einer der folgenden Patientengruppen gehören: Diabetespatienten nach einer Transplantation, Begünstigte mit organischen Hypoglykämien (Insulom, Glycogenose), Schwangerschaftsdiabetes oder mit Insulin behandelte Dialysepatienten."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"4. Die Leistung 423135 kann vom Bezugskrankenpfleger nur unter der Bedingung bescheinigt werden:

- dass die Krankenpflegefachkraft eine diabetesspezifische Pflegeakte erstellt und fortschreibt. Diese Akte ist integraler Bestandteil der in § 4 Nr. 2 erwähnten Pflegeakte. Sie muss inhaltlich einer Richtlinie entsprechen, die auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegt wird, und mindestens folgende Punkte enthalten:
  - die Pflege-Standardanamnese,
  - die Pflegeprobleme und/oder -diagnose,
  - die konkrete Pflegeplanung, darin inbegriffen das verschriebene Schulungsprogramm und die weitere pflegerische Betreuung des Patienten,
  - den Vermerk, dass im Voraus eine Konzertierung mit dem behandelnden Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt) stattgefunden hat, in deren Verlauf die Ziele der Krankenpflege in Sachen Diabetes-Schulung und die weitere Betreuung besprochen wurden und der Arzt entschieden hat, ob er die Schulung zur Selbstpflege oder zur Aufklärung verschreibt oder nicht. Die Ziele werden im Pflegeplan festgelegt.

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

5. Die Leistung 423150 kann nur von einem Relais-Krankenpfleger für Diabetologie erbracht und bescheinigt werden.

Die Leistung 423150 kann nur bescheinigt werden unter der Bedingung:

- dass sie insgesamt mindestens fünf Stunden abdeckt, die in Sitzungen von mindestens 30 Minuten aufgeteilt sind, die inhaltlich einer auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegten Richtlinie entsprechen,
- dass sowohl die den Patienten betreffende Pflegeakte des Bezugskrankenschweflers als auch diejenige des Relais-Krankenpflegers für Diabetologie einen Bericht über jede Schulungssitzung und zur Beurteilung der Ergebnisse umfasst,
- dass dem behandelnden Arzt die Ergebnisse des Schulungsprogramms zur Selbstpflege übermittelt werden.

6. Die Leistung 423172 darf nur bescheinigt werden, wenn der Bezugskrankenschwefler bei mindestens zwei Schulungssitzungen der Leistung 423150 und auf jeden Fall bei der letzten Schulungssitzung anwesend war.

7. Die Leistung 423194 kann sowohl vom Relais-Krankenpfleger für Diabetologie als auch vom Bezugskrankenschwefler erbracht und bescheinigt werden.

Die Leistung 423194 kann nur bescheinigt werden unter der Bedingung:

- dass sie insgesamt mindestens zwei Stunden abdeckt, die in Sitzungen von mindestens 30 Minuten aufgeteilt sind, die inhaltlich einer auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegten Richtlinie entsprechen,
- dass die Pflegeakte einen Bericht über jede Sitzung und eine Beurteilung der Ergebnisse umfasst.

8. Die Leistung 423216 darf nur zwei Mal pro Kalenderjahr bescheinigt werden und nur unter der Bedingung, dass vorher:

- Abkommen mit dem behandelnden Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt), was die für den Patienten notwendige pflegerische Begleitung betrifft, geschlossen wurden. Die Pflegenachsorge wird vom behandelnden Arzt verschrieben. Die Pflegeplanung muss in der diabetesspezifischen Pflegeakte aufgenommen werden,
- eine Leistung 423150 bescheinigt wurde.

9. Die Leistungen 423231 und 423334 dürfen nur bescheinigt werden unter der Bedingung, dass die pflegerische Begleitung nach einer vom behandelnden Arzt gebilligten und aktualisierten Pflegeplanung erfolgt, die einer auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegten Richtlinie entspricht. Sie dürfen nur ein Mal pro Tag und lediglich an den Tagen, an denen eine Insulininjektion verabreicht wird, bescheinigt werden.

Nach Bescheinigung der Leistungen 423231 oder 423334 dürfen die Leistungen 423150 oder 423216 nicht mehr bescheinigt werden."



Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 29***"K.E. vom 19.1.2011" (in Kraft am 1.1.2010)***"§ 5quater -**

Die Leistungen 428035, 428050 und 428072 dürfen ab dem dritten, vierten und fünften Besuch bei einem selben Patienten am selben Pfllegetag bescheinigt werden für sehr pflegebedürftige Patienten, die Begünstigte einer in § 1 Nr. 1 römisch II und IV, in § 1 Nr. 2 römisch II und IV und in § 1 Nr. 3 römisch II beschriebenen Leistung sind, mit Ausnahme der Leistungen 427173 und 427195.

Lediglich der Pflegebringer, der diesen dritten oder die weiteren Besuche tatsächlich gemacht hat, darf diese Leistung bescheinigen. Diese Leistung kann pro Pfllegetag für den dritten Besuch höchstens ein Mal, für den vierten Besuch höchstens ein Mal und für den fünften Besuch höchstens ein Mal bescheinigt werden."

*"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 18.7.2002" (in Kraft am 1.10.2002)***"§ 6 - Nähere Angaben zur Körperpflege (Leistungen 425110, 425515 und 425913):"***"K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

"1. Nur Körperpflege, die erbracht wird für Begünstigte, die für das Kriterium "sich waschen" der in § 5 Nr. 1 erwähnten Bewertungstabelle mindestens das Ergebnis "2" erhalten, darf bescheinigt werden."

*"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 18.7.2002" (in Kraft am 1.10.2002)*

"2. Die Leistungen 425110, 425515 oder 425913, die erbracht werden für einen Begünstigten, der den unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 oder 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Kriterien nicht entspricht, dürfen nur ein Mal pro Pfllegetag bescheinigt werden."

*"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 18.7.2002" (in Kraft am 1.10.2002) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

"3. Für Begünstigte, die ein Ergebnis von mindestens "2" für das Kriterium "sich waschen" der in § 5 Nr. 1 erwähnten Bewertungstabelle erhalten:

- darf Körperpflege (425110 oder 425913) höchstens zwei Mal pro Woche bescheinigt werden,
- darf keine Körperpflege 425515 bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005) + "K.E. vom 25.10.2006" (in Kraft am 1.1.2007)*

"4. Für Begünstigte:

- die für die Kriterien "sich waschen" und "sich anziehen" ein Ergebnis von mindestens "2" erhalten und für das Kriterium "Kontinenz" infolge der Kombination einer Harninkontinenz in der Nacht und einer gelegentlichen Harninkontinenz am Tag ein Ergebnis von mindestens "2" erhalten oder für das Kriterium "Kontinenz" der erwähnten Bewertungstabelle ein Ergebnis von "3" oder "4" erhalten, darf eine Körperpflege pro Tag bescheinigt werden. Bei einer Kombination von Harninkontinenz in der Nacht und einer gelegentlichen Harninkontinenz am Tag wird diese Problematik in der Pflegeakte vermerkt und muss die entsprechende Erklärung auf dem in § 7 beschriebenen Formular angekreuzt werden."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 30**

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 13.10.2004" (in Kraft am 1.1.2005)*

- "die für die Kriterien "sich waschen" und "sich anziehen" der entsprechenden Bewertungstabelle ein Ergebnis von mindestens "2" erhalten und auf der Grundlage eines ärztlichen Attests, das vom behandelnden Arzt gemäß dem auf Vorschlag der Abkommenskommission vom Versicherungsausschuss festgelegten Muster ausgestellt wird, als in Zeit und Raum desorientierte Personen betrachtet werden, kann eine Körperpflege pro Tag bescheinigt werden,

- die für die Kriterien "sich waschen" und "sich anziehen" der entsprechenden Bewertungstabelle ein Ergebnis von mindestens "4" erhalten, kann eine Körperpflege pro Tag bescheinigt werden."

*"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997)*

"5. Selbst wenn die Hygieneleistungen von einem Arzt verschrieben wurden, dürfen sie nur dann bescheinigt werden, wenn die Krankenpflegefachkraft feststellt, dass der Begünstigte den für die betreffende Leistung erforderlichen physischen Abhängigkeitsgrad erreicht hat."

*"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 12.9.2001" (in Kraft am 1.10.2001) + "K.E. vom 18.7.2002" (in Kraft am 1.10.2002)*

"6. Bei der Durchführung der Leistungen 425110, 425515 und 425913 für einen Begünstigten, der den unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 und unter der Rubrik IV von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Kriterien nicht entspricht, ist die Krankenpflegefachkraft verpflichtet, dem Vertrauensarzt gemäß dem in § 7 vorgesehenen Verfahren eine Notifizierung zu übermitteln."

*"K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997)*

"7. Wenn es wegen einer Veränderung des physischen Abhängigkeitsgrads des Begünstigten im Laufe der Woche zu einer Erhöhung der Anzahl Körperpflegen kommt, die pro Woche bescheinigt werden dürfen, findet diese Anpassung Anwendung auf die Woche, in deren Verlauf die Veränderung aufgetreten ist.

Wenn es wegen einer Veränderung des physischen Abhängigkeitsgrads des Begünstigten im Laufe der Woche zu einer Verringerung der Anzahl Körperpflegen kommt, die pro Woche bescheinigt werden dürfen, findet diese Anpassung Anwendung auf die Woche nach der Woche, in deren Verlauf die Veränderung aufgetreten ist.

8. Eine Körperpflege umfasst die Gesamtheit aller mit den Hygieneleistungen verbundenen Pflegeleistungen, vorbeugende Leistungen inbegriffen; sie wird gegebenenfalls durch eine Mobilisation des Patienten vervollständigt.

9. Für die Festlegung der wöchentlichen Anzahl Körperpflegen versteht man unter einer Woche den Zeitraum von montags 0 Uhr bis sonntags 24 Uhr."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"§ 7 - Beantragungs- und Notifizierungsverfahren"**

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 25.4.2013" (in Kraft am 1.7.2013)*

"1. Der physische Abhängigkeitsgrad des Begünstigten wird in einem elektronischen Formular bestätigt, dessen Muster auf Vorschlag des Nationalen Kollegiums der Vertrauensärzte vom Versicherungsausschuss festgelegt wird."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 31**

*"K.E. vom 25.4.2013" (in Kraft am 1.7.2013)*

"2. Dieses elektronische Formular zur Begründung der Beantragung der Pauschalhonorare pro Pflege-tag oder der Durchführung von Körperpflege wird von der Krankenpflegefachkraft ausgefüllt und muss dem Vertrauensarzt spätestens binnen 10 Kalendertagen, die dem ersten Tag der Behandlung folgen, über das in Artikel 159bis § 1 des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996 zur Ausführung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnte elektronische Netz übermittelt werden.

Bei Nichteinhaltung der Frist von 10 Kalendertagen wird die Beteiligung der Versicherung nur für die Leistungen geschuldet, die ab dem Tag nach der Versendung des elektronischen Formulars durchgeführt werden, wobei das Datum der Versandbestätigung zählt. Wird die Frist von 10 Kalendertagen nicht eingehalten, kann der Vertrauensarzt dennoch beschließen, die erbrachten Leistungen frühestens ab dem ersten Tag zu übernehmen. Diese Entscheidung kann nur getroffen werden, nachdem der Erbringer schriftlich eine annehmbare Begründung für die verspätete Einreichung des Antrags oder die verspätete Versendung der Notifizierung übermittelt hat.

3. In diesem elektronischen Formular ist der Zeitraum angegeben, während dessen die Pauschalhonorare und/oder die Körperpflege angerechnet werden. Der in diesem Formular angegebene Behandlungszeitraum darf ein Jahr nicht überschreiten.

Muss die Behandlung über den angegebenen Zeitraum hinaus weitergeführt werden oder überschreitet sie ein Jahr oder gibt es eine Veränderung des physischen Abhängigkeitsgrads des Begünstigten, muss ein neues elektronisches Formular ausgefüllt und dem Vertrauensarzt unter denselben Bedingungen übermittelt werden.

Eine Kopie des Originals des ärztlichen Attests oder ein neues ärztliches Attest, das vom behandelnden Arzt ausgestellt wird und in dem die in § 6 Nr. 4 erwähnte Desorientierung in Zeit und Raum festgestellt wird, muss in der Pflegeakte aufbewahrt werden. Die Beteiligung der Versicherung wird für die durchgeführten Leistungen geschuldet, außer bei Einspruch des Vertrauensarztes oder des Nationalen Kollegiums der Vertrauensärzte. Der Einspruch des Vertrauensarztes oder des Nationalen Kollegiums der Vertrauensärzte führt zur Verweigerung einer Beteiligung für alle Leistungen, die ab dem Datum der Notifizierung dieses Einspruchs an den Begünstigten durchgeführt werden, wobei das Datum des Poststempels zählt, bis es gegebenenfalls zu einer anderen Entscheidung kommt."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997) + "K.E. vom 8.7.1997" (in Kraft am 1.6.1997)*

"4. Führt die Entscheidung des Vertrauensarztes zu einer Revision des Zustands physischer Abhängigkeit des Begünstigten und infolgedessen entweder zum Ersatz der C-Pauschale durch eine B- oder A-Pauschale oder zum Ersatz der B-Pauschale durch eine A-Pauschale oder aber zum Ersatz der unter der Rubrik II von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten Pauschalhonorare durch eine Erstattung pro Pflegeeinsatz, bleibt diese Entscheidung gültig für einen Zeitraum von sechs Monaten. Während dieses Zeitraums kann kein neuer Antrag wegen Verschlimmerung des Abhängigkeitsgrads beim Vertrauensarzt eingereicht werden, außer im Fall einer neuen medizinischen Indikation, die durch einen ausführlichen Bericht des behandelnden Arztes zu begründen ist."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 32**

*"K.E. vom 25.4.2013" (in Kraft am 1.7.2013)*

"5. Ein elektronisches Formular mit Bezug auf die Erbringung der unter den Rubriken IV und V von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Palliativpflege wird von der Krankenpflegefachkraft ausgefüllt und muss dem Vertrauensarzt über das in § 7 Nr. 2 des vorliegenden Artikels erwähnte elektronische Netz spätestens binnen 10 Kalendertagen, die dem ersten Tag der Behandlung folgen, übermittelt werden.

Das Muster dieses elektronischen Formulars wird auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegt.

Die Krankenpflegefachkraft, die dieses elektronische Formular ausfüllt, muss sich vergewissern, dass der betreffende Patient der Definition von § 5bis Nr. 1 des vorliegenden Artikels entspricht.

Bei Nichteinhaltung der Frist von 10 Kalendertagen wird die Beteiligung der Versicherung nur für die Leistungen geschuldet, die ab dem Tag nach der Versendung des elektronischen Formulars durchgeführt wurden, wobei das Datum der Versandbestätigung zählt. Wird die Frist von 10 Kalendertagen nicht eingehalten, kann der Vertrauensarzt dennoch beschließen, die erbrachten Leistungen frühestens ab dem ersten Tag zu übernehmen. Diese Entscheidung kann nur getroffen werden, nachdem der Erbringer schriftlich eine annehmbare Begründung für die verspätete Notifizierung übermittelt hat.

Der Einspruch des Vertrauensarztes gibt Anlass zur Verweigerung einer Beteiligung der Versicherung für alle Leistungen, die ab dem Datum der Notifizierung dieses Einspruchs an den Begünstigten durchgeführt werden, bis es gegebenenfalls zu einer anderen Entscheidung kommt. Das Datum des Poststempels gilt als Beweis für das Datum der Notifizierung."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"§ 8 - Nähere Angaben zur Wundpflege (Leistungen 424255, 424270, 424292, 424314, 424336, 424351, 424373, 424395, 424410, 424432, 424454, 424476, 424491, 424513, 424535, 424550, 424572, 424594, 424616, 424631, 424653, 424675, 424690, 424712, 424734, 424756, 424771, 424793, 424815, 424830 und 424852):

Für die Anwendung des vorliegenden Artikels versteht man unter:

- "einfache Wundpflege": jede Wundpflege, die nicht unter den Begriff "komplexe Wundpflege" oder "spezifische Wundpflege" fällt, insbesondere das Anlegen von Verbänden auf einfache Wunden und das Entfernen von Fäden oder Klammern,

- "komplexe Wundpflege": die Versorgung von:

- Wunden mit Drain mit/ohne Absaugen,
- Wunden mit Docht und/oder Spülung,
- Wunden mit Draht oder externem Fixateur,
- zwei oder mehr einfachen Wunden,
- Verbrennungen zweiten oder dritten Grades, Ulcera, Transplantaten, Dekubituswunden mit einer Fläche unter 60 cm<sup>2</sup>,
- Stomata nach Kolostomie, Gastrostomie, Ileostomie, Zystostomie, Ureterostomie oder Tracheostomie,

- "spezifische Wundpflege":

- die Versorgung von Verbrennungen zweiten oder dritten Grades oder Transplantaten mit einer Fläche von 60 cm<sup>2</sup> oder mehr,
- die Versorgung von Ulcera mit einer Fläche von 60 cm<sup>2</sup> oder mehr,

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 33**

- die Versorgung tiefer Dekubituswunden mit Schädigung der Sehnen und Knochen,
- das Debridement von Dekubituswunden.

- "Relais-Krankenpflegerin für Wundpflege": eine Krankenpflegefachkraft, die in einer auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegten Richtlinie beschriebenen Ausbildungsbedingungen erfüllt und vom LIKIV in dieser Eigenschaft zugelassen worden ist.

Wundpflege, die von Begünstigten selbst oder von Laien erbracht werden oder den Begünstigten oder Laien beigebracht werden kann, darf nicht bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004)*

"2. Die Leistungen 424255, 424410, 424550 et 424712 decken die Beratung durch die Krankenpflegefachkraft und die Beurteilung des Zustands des Verbands durch die Krankenpflegefachkraft, unter Ausschluss jeder anderen Durchführung von Pflegeleistungen während desselben Tages. Insgesamt können diese Leistungen für einen selben Begünstigten höchstens fünfzehn Mal pro Kalendermonat bescheinigt werden.

Der Wechsel von bioaktiven Verbänden muss unter den Nummern 424336, 424491, 424631, 424793, 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 oder 424830 bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"3. Sofern die Leistungen 424270, 424432, 424572 und 424734 das Auftragen von Salben oder Arzneiprodukten umfassen, dürfen sie nur für die Pflege folgender Hauterkrankungen bescheinigt werden:

- Gürtelrose,
- Ekzem,
- Psoriasis,
- Warzen,
- Hautmykosen,
- andere Hautverletzungen, die laut dem verschreibenden Arzt eine sorgfältige einfache Wundpflege erfordern.

Sie dürfen nicht für das Auftragen einer Feuchtigkeitscreme zur Dekubitusprophylaxe bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 29.4.2009" (in Kraft am 1.7.2009)"*

"4. Die Leistungen 424292, 424454, 424594 und 424756 dürfen nur bescheinigt werden während eines Zeitraums von dreißig Tagen, der an dem Tag beginnt, an dem der in Artikel 14 Buchstabe h) der vorliegenden Anlage erwähnte chirurgische Eingriff (Leistungen des Fachbereichs Augenheilkunde) vorgenommen wird."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 34**

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"5. Die Leistungen 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 und 424830 dürfen nur bescheinigt werden unter der Bedingung, dass eine Akte "spezifische Wundpflege" erstellt und aktualisiert wird. Diese Akte ist integraler Bestandteil der in § 4 Nr. 2 erwähnten Pflegeakte. Sie muss inhaltlich einer auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegten Richtlinie entsprechen.

6. Die Leistungen 424373, 424535, 424675 und 424830 dürfen nur unter der Bedingung bescheinigt werden, dass sie mindestens dreißig Minuten gedauert haben.

Leistungen der spezifischen Wundpflege, die nicht unter den Kodenummern 424373, 424535, 424675 oder 424830 bescheinigt werden können, weil sie weniger als dreißig Minuten gedauert haben, dürfen unter den Kodenummern 424351, 424513, 424653 oder 424815 bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 25.4.2004" (in Kraft am 1.6.2004)*

"7. Die Leistungen 424395, 424690 und 424852 dürfen nur von einer Relais-Krankenpflegerin für Wundpflege bescheinigt werden. Diese Leistungen decken alle in § 4 Nr. 1 und 2 erwähnten Komponenten der Grundleistung. Pro Begünstigten können diese Leistungen nur ein Mal pro Kalendermonat und höchstens drei Mal pro Kalenderjahr bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003)*

"Diese Leistungen decken auch den Besuch einer Relais-Krankenpflegerin für Wundpflege, die Überwachung durch diese und deren Gutachten auf Anfrage der Krankenpflegefachkraft, die die spezifische Wundpflege bescheinigt.

Sie dürfen nur bescheinigt werden, wenn die sie anfragende Krankenpflegefachkraft anwesend ist und die Relais-Krankenpflegerin für Wundpflege einen schriftlichen Bericht über die Entwicklung der Wunde für den Arzt erstellt, der die spezifische Wundpflege verschrieben hat. Eine Kopie dieses Berichts muss in der Pflegeakte der Relais-Krankenpflegerin und in der Akte "spezifische Wundpflege" der anfragenden Krankenpflegefachkraft aufbewahrt werden.

Die Leistungen 424255, 424410, 424550, 424712, 424270, 424432, 424572, 424734, 424292, 424454, 424594, 424756, 424314, 424476, 424616 und 424771 dürfen während eines selben Einsatzes nicht mit einer anderen Leistungen des vorliegenden Artikels kumuliert werden, außer mit einer Grundleistung.

Die Leistungen 424336, 424491, 424631, 424793, 424351, 424513, 424653 und 424815 dürfen während eines selben Einsatzes nicht mit den Leistungen 424395, 424690 oder 424852 kumuliert werden.

Werden während eines selben Einsatzes verschiedene Leistungen 424336, 424491, 424631, 424793, 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 und/oder 424830 erbracht, darf die Krankenpflegefachkraft nur die Leistungen mit dem höchsten Tarif bescheinigen."

*"K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007)*

"§ 8bis - Nähere Angaben zu den Leistungen, die für die unter der Rubrik I Buchstabe B) von § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten chronisch kranken psychiatrischen Patienten erbracht werden (425736 und 425751):

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 35**

Für die Anwendung des vorliegenden Artikels versteht man unter "chronisch kranke psychiatrische Patienten" Begünstigte, die an Schizophrenie (DSM IV Code 295.xxx) oder an einer bipolaren Stimmungsstörung (DSM IV Code 296.xxx) leiden. Der verschreibende Arzt muss in der medizinischen Akte die Elemente aufbewahren, die nachweisen, dass der Patient dieser Definition entspricht.

Die Leistungen 425736 und 425751 werden nur ein Mal pro Tag erstattet und dürfen im Laufe eines selben Einsatzes mit keiner anderen Leistung des vorliegenden Artikels kumuliert werden, außer mit einer Grundleistung."

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

**"§ 8ter** - Nähere Angabe zur Leistung der wöchentlichen Vorbereitung von oral verabreichten Arzneimitteln:

Die Leistung 424874 kann nur bescheinigt werden, nachdem die Leistung 424896 bescheinigt worden ist.

Die Leistung 424874 umfasst die Vorbereitung aller Arzneimittel, pro Tag in einer Pillendose, einer Pillenbox oder einem entsprechenden Behälter verteilt, die der Patient im Laufe einer Woche oral einnehmen muss. Sie darf nur ein Mal pro Woche pro Patient bescheinigt werden. Sie darf nicht bescheinigt werden im Laufe einer Woche, in der eine Leistung von § 1 Nr. 1 römisch II und IV bescheinigt wird. Eine Woche erstreckt sich über den Zeitraum von montags 0 Uhr bis sonntags 24 Uhr."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"§ 9** - Nähere Angaben zu den unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten spezifischen fachlichen Krankenpflegeleistungen:

Die Leistungen 425375, 425773 und 426171 dürfen nur ein Mal pro Pflage-tag bescheinigt werden; dabei handelt es sich um Pauschalhonorare, die alle spezifischen fachlichen Leistungen decken, für die die Qualifikation einer graduierten oder gleichgestellten Krankenpflegerin, einer Hebamme oder einer brevetierten Krankenpflegerin erforderlich ist."

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

"Für diese Leistungen notifiziert die Krankenpflegefachkraft dem Vertrauensarzt folgende Angaben:

- a) die LIKIV-Nummer der Krankenpflegefachkraft, die die Notifizierung vornimmt,
- b) die LIKIV-Nummer des Verschreibers,
- c) die Eintragungsnummer der sozialen Sicherheit (ENSS) des Begünstigten,
- d) die Art der Leistung,
- e) das Beginn- und Enddatum des Zeitraums."

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012) + "K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)"*

"Als Leistungsart wird entweder die Anlegung und/oder die Beaufsichtigung von Infusionen (intravenös oder subkutan) oder die Verabreichung parentaler Nahrung und/oder Beaufsichtigung parentaler Ernährung erwähnt."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 36**

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

"Der von der Krankenpflegefachkraft erstellte Pflegeplan wird für den Vertrauensarzt in der Pflegeakte zu seiner Verfügung bereitgehalten und ihm auf seine Anfrage hin von der Krankenpflegefachkraft übermittelt.

Die Bestimmungen von § 7 sind anwendbar, mit Ausnahme der Benutzung des in § 7 Nr. 2 erwähnten Formulars."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 15.12.2008" (in Kraft am 1.2.2009) + "K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010) + "K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)*

"Die Leistungen 421072, 421094, 421116, 423113, 423312, 423415, 427416, 427431, 427453, 427475, 427490, 427512, 427534, 427556 und 427571 dürfen nur ein Mal pro Pfl egetag bescheinigt werden. Sie dürfen nur von einer graduierten oder gleichgestellten Krankenpflegerin, einer Hebamme oder einer brevetierten Krankenpflegerin erbracht und bescheinigt werden."

*"K.E. vom 11.6.2003" (in Kraft am 1.7.2003) + "K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)*

"Die Honorare für die Leistungen 423113, 423312, 423415, 421072, 421094, 421116, 427416, 427431, 427453, 427475, 427490 und 427512 decken die Pflegehandlung und das Material, das erforderlich ist, um diese Handlung auf medizinisch fundierte Weise durchführen zu können, wie beschrieben in einer auf Vorschlag der Abkommenskommission Fachkräfte für Krankenpflege - Versicherungsträger vom Versicherungsausschuss festgelegten Richtlinie."

*"K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010)*

"Die Leistungen 427416, 427431, 427453, 427475, 427490 und 427512 dürfen nur bescheinigt werden unter der Bedingung, dass der erste Austausch nach Fistelbildung von einem Arzt durchgeführt wurde."

*"K.E. vom 27.3.2012" (in Kraft am 1.6.2012)*

"Während eines selben Pflegeeinsatzes dürfen die Leistungen 425375, 425773 und 426171 mit den Leistungen 423113, 423312 und 423415 nur kumuliert werden, wenn die Injektionsstelle für jede der Leistungen unterschiedlich ist und diese unterschiedlichen Injektionsstellen in der Pflegeakte angegeben werden."

*"K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010)*

"Die Leistungen 427431 und 427490 dürfen nur bescheinigt werden unter der Bedingung, dass die Begründung für die Durchführung dieser Leistungen an einem Wochenende oder einem Feiertag in der Pflegeakte angegeben ist."

*"K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)*

"Die Leistungen 427534, 427556 oder 427571 müssen folgende Pflegehandlungen umfassen:

- \* Beobachtung/Beurteilung des Zustands des Patienten, darin inbegriffen, die Schmerzvaluierung. Zu diesem Zweck wird eine Schmerzskala in der Pflegeakte aufbewahrt,
- \* Beaufsichtigung des Katheters im Hinblick auf die Prävention von Infektion, Dislokation und Flüssigkeitsaustritt,
- \* Kontrolle der Punktionsstelle und der Wunde, nötigenfalls mit Verbandswechsel,
- \* Kontrolle der Betriebsfertigkeit der Pumpe und der verschriebenen Abgabemenge des Inhalts,

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**



Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 37**

\* Kontrolle der zusätzlichen Boli.

Gegebenenfalls umfassen die Leistungen 427534, 427556 und 427571 auch die folgenden Handlungen:

- \* Änderung der Erhaltungsdosis, darin inbegriffen die Anpassung der Mengenabgabe der Schmerzmedikation auf schriftliche ärztliche Verschreibung,
- \* Wechsel des Arzneimittelreservoirs,
- \* Zusätzlicher Besuch im Laufe eines selben Pflgetags bei Kontrollbedarf,
- \* Handhabung der Apparatur, darin inbegriffen der Neustart der Pumpe nach einem Alarm.

Für die Leistungen 427534, 427556 und 427571 muss die Krankenpflegefachkraft dem behandelnden Arzt mindestens ein Mal pro Woche Bericht erstatten. Diese Berichterstattung kann im Laufe einer Besprechung über den Patienten telefonisch oder auf elektronischem Wege erfolgen.

Die Honorare für die Leistungen 427534, 427556 und 427571 decken die Pflegehandlung und das Material, das erforderlich ist, um diese Handlung auf medizinisch fundierte Weise durchführen zu können; sie decken jedoch nicht den Schutzverband.

Gegebenenfalls müssen für jede bescheinigte Leistung neben der Nummer des Verzeichniskodes der Leistung ein oder mehrere der folgenden Pseudocodes, die den während des Pflgetags erbrachten Leistungen entsprechen, angegeben werden:

Leistung	Pseudocode	Anzahl	LIKIV-Nummer des Leistungserbringers
Zusätzlicher Besuch	427593		
Verbandswechsel	427615		
Neustart der Pumpe	427630		
Änderung der Erhaltungsdosis	427652		
Wechsel des Arzneimittelreservoirs	427674		

"

*"K.E. vom 3.8.2007" (in Kraft am 1.10.2007) + "K.E. vom 24.11.2009" (in Kraft am 1.2.2010) + "K.E. vom 24.4.2012" (in Kraft am 1.7.2012)*

"Die unter der Rubrik III von § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten spezifischen fachlichen Leistungen dürfen im Laufe eines selben Pflgetages mit allen Leistungen von § 1 kumuliert werden; sie dürfen im Laufe eines selben Einsatzes jedoch nicht mit den Leistungen 424255, 424410, 424550, 424712, 424270, 424432, 424572, 424734, 424292, 424454, 424594, 424756, 424314, 424476, 424616, 424771, 425736 und 425751 kumuliert werden.

Die Leistungen 423113, 423312, 423415, 421072, 421094 und 421116 dürfen während eines selben Pflegeeinsatzes nicht untereinander kumuliert werden.

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**

Inoffizielle Koordinierung

**KRANKENPFLEGER****Art. 8 Seite 38**

Die Leistungen 427534, 427556 und 427571 dürfen im Laufe eines selben Pflgetags nicht mit den Leistungen 424336, 424491 und 424631 kumuliert werden, wenn es sich dabei um die Pflege einer Wunde an der Punktionsstelle des Katheters handelt.

Wird im Laufe eines selben Pflgetags eine andere Wundpflege erbracht, muss diese in der Pflegeakte angegeben werden."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"§ 10** - Nähere Angaben zu den in § 1 Nr. 2 erwähnten Leistungen an Wochenenden und Feiertagen:

1. Die in § 1 Nr. 2 erwähnten Honorare dürfen nur dann angerechnet werden, wenn der Zustand des Begünstigten erfordert, dass die Pflege am Wochenende oder an einem Feiertag erbracht wird.

Erbringt die Krankenpflegefachkraft bestimmte Leistungen jedoch aus persönlichen Gründen an/zu den in Nr. 2 erwähnten Tagen und Uhrzeiten, werden die in § 1 Nr. 1, 3 oder 4 erwähnten Honorare geschuldet.

Diese Honorare werden jedoch nie erstattet für die in § 1 Nr. 3 und 4 erwähnten Leistungen.

2. Ein Wochenende beginnt samstags um 0 Uhr und endet sonntags um 24 Uhr. Ein Feiertag beginnt um 0 Uhr und endet um 24 Uhr. Folgende Feiertage geben Anrecht auf eine Honorarerhöhung: der 1. Januar, der Ostermontag, der 1. Mai, Christi Himmelfahrt, der Pfingstmontag, der 21. Juli, der 15. August, der 1. November, der 11. November und der 25. Dezember."

*"K.E. vom 20.12.2004" (in Kraft am 1.6.1997)*

**"§ 11** - Die Krankenpflegefachkraft darf keine Bescheinigung für erbrachte Pflege erstellen und unterzeichnen, wenn die erbrachten Leistungen von einer Person durchgeführt worden sind, die nicht ermächtigt ist, diese der Gesundheitspflegeversicherung in Rechnung zu stellen, und teilweise oder ganz in die Rolle der Krankenpflegefachkraft eintritt, selbst dann nicht, wenn letztere anwesend war.

Der Beistand einer Drittperson darf nur dann beantragt werden, wenn der Zustand des Patienten eine Hilfe bei Durchführung der Leistung erforderlich macht."

**Text in Kraft seit dem 01/07/2013**