

**Vertrag gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V für die psychiatrische häusliche
Krankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst**

zwischen

«Träger_Name»

«Träger_Straße»

«Träger_PLZ» «Träger_Ort»

als Träger des spezialisierten Pflegedienstes

«Einrichtung_Name»

«Einrichtung_Straße»

«Einrichtung_PLZ» «Einrichtung_Ort»

Institutionskennzeichen: «IKKennzeichen»

Vertragsnummer (AC/TK): 31/32 07PXX

**– im Folgenden als psychiatrischer Fachpflegedienst bezeichnet –
und**

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*)

Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

**IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund
plus, IKK - die Innovationskasse, IKK Südwest**

Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord*)

Siemensstraße 7, 30173 Hannover

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse*)

Postfach 10 13 20, 34013 Kassel

und die Ersatzkassen

BARMER

Techniker Krankenkasse (TK)

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

- im Folgenden als Krankenkassen bezeichnet -

Inhalt

Kapitel I	4
§ 1 Gegenstand des Vertrages	4
§ 2 Geltungsbereich	4
§ 3 Einzugsbereich	5
Kapitel II - Allgemeine Grundsätze -	5
§ 4 Ziele der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	5
§ 5 Leistungsgrundlagen	6
§ 6 Eigenverantwortung des Versicherten	9
§ 7 Datenschutz	10
§ 8 Buchführungs- und Rechnungswesen	11
Kapitel III - Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege einschließlich deren Abgrenzung -	11
§ 9 Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege	11
§ 10 Abgrenzung	12
Kapitel IV - Eignung der Leistungserbringer -	13
§ 11 Psychiatrischer Fachpflegedienst	13
§ 12 Organisatorische Voraussetzungen	14
§ 13 Praxis- und Betriebseinrichtung	17
§ 14 Fachliche Anforderungen	18
§ 15 Fortbildung	19
§ 16 Verantwortliche Pflegefachkraft	20
§ 17 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft	22
§ 18 Pflegefachkräfte	24
§ 19 Pflegeprozess	27
§ 20 Pflegeplanung	27
§ 21 Pflegedokumentation	28
§ 22 Kontinuität	29
§ 23 Ergebnisqualität	29
Kapitel V - Maßnahmen zur Qualitätssicherung –	30
§ 24 Qualitätssicherung	30
§ 25 Maßnahmen	30
§ 26 Verfahren zur Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen	31
Kapitel VI - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten –	32
§ 27 Allgemeines	32
§ 28 Zusammenarbeit mit dem Verordner	32
§ 29 Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsformen (Überleitungspflege)	33
§ 30 Pflegebedürftigkeit	33

Kapitel VII - Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung -.....	33
§ 31 Wirtschaftlichkeit	33
§ 32 Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	34
Kapitel VIII - Abrechnung -.....	35
§ 33 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA).....	35
§ 34 Zahlung, Beanstandung.....	39
§ 35 Leistungsnachweis	40
Kapitel IX - Vergütung und Schiedsperson-	41
§ 36 Grundsätze der Vergütung	41
§ 37 Einzelverhandlungen	43
§ 38 Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte	45
§ 39 Gruppen- bzw. Kollektivverhandlungen	46
§ 40 Wegezeiten / Wegevergütung	46
§ 41 Schiedsperson.....	48
Kapitel X - Inkrafttreten -.....	48
§ 42 Inkrafttreten	48
§ 43 Kündigung des Vertrages	48
§ 44 Vertragsverstöße.....	49
§ 45 Salvatorische Klausel	50
Anlage 1 zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst.....	52
Anlage 2 zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V	53

Kapitel I

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege regelt dieser Vertrag insbesondere:
1. Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages (Kapitel I, §§ 1 bis 3)
 2. Allgemeine Grundsätze (Kapitel II, §§ 4 bis 8)
 3. Inhalt der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung (Kapitel III, §§ 9 und 10)
 4. Eignung des Leistungserbringers (Kapitel IV, §§ 11 bis 23)
 5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel V, §§ 24 bis 26)
 6. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten (Kapitel VI, §§ 27 bis 30).
 7. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (Kapitel VII, §§ 31 und 32)
 8. Abrechnung (Kapitel VIII, §§ 33 bis 35)
 9. Vergütung und Schiedsperson (Kapitel IX, §§ 36 bis 41)
 10. Inkrafttreten (Kapitel X, §§ 42 bis 45)
- (2) Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V i. V. m. der Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses in der Anlage zur Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung ist Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst erhält mit diesem Vertrag nach § 132 a Abs. 4 SGB V die Berechtigung, psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkassen zu erbringen.
- (2) Dieser Vertrag gilt ausschließlich für den im Rubrum genannten psychiatrischen Fachpflegedienst. Für dessen Filialen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Fachpflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbständig sind.

- (3) Mit diesem Vertrag ist keine Inanspruchnahmegarantie durch die Krankenkassen oder durch die Versicherten verbunden.

§ 3

Einzugsbereich

- (1) Der Versorgungsradius umfasst: «Einzugsbereich»
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Versorgungsradius mit Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sicher, hierzu können auch Anlaufstellen eingerichtet werden. Eine Anlaufstelle in diesem Sinne ist eine unselbständige Organisationseinheit ohne gezielte Außendarstellung (keine aktive Werbung in oder mit der Örtlichkeit).
- (3) Die Festlegung des Versorgungsradius schließt den Abschluss von Verträgen mit anderen Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im selben Versorgungsradius nicht aus.
- (4) Der Versicherte ist in der Wahl des psychiatrischen Fachpflegedienstes frei, soweit der psychiatrische Fachpflegedienst zur Erbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege berechtigt ist. Wählt er nicht einen der nächst erreichbaren psychiatrischen Fachpflegedienste, kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen. Über die Höhe der Mehrkosten hat der psychiatrische Fachpflegedienst den Versicherten vor Beginn der Leistungserbringung zu informieren.

Kapitel II

- Allgemeine Grundsätze -

§ 4

Ziele der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

- (1) Die Krankenkassen und der psychiatrische Fachpflegedienst gemäß § 11 haben auf der Grundlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst erbringt psychiatrische häusliche Krankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung
- zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (37 Abs. 1 SGB V, Krankenhausvermeidungspflege) oder
 - zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (37 Abs. 2 SGB V, Sicherungspflege)
- soweit der Versicherte die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (3) Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu ermöglichen sowie die ambulante, ärztliche Behandlung und deren Ziel zu sichern. Durch diesen ambulanten Versorgungsschwerpunkt ist es zugleich auch das Ziel, die Krankenhausbehandlung und die Versorgung durch die psychiatrische Institutsambulanz zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern. In der Regel wird daher psychiatrische häusliche Krankenpflege zur Vermeidung einer Chronifizierung als Rückzugspflege durchgeführt (vgl. § 6 Abs. 3).
- (4) Durch Kooperation aller im Pflege- und Behandlungsprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

§ 5

Leistungsgrundlagen

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom psychiatrischen Fachpflegedienst zu Lasten der Krankenkassen zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der zuständigen Krankenkasse genehmigten Verordnung einschließlich des beigefügten Behandlungsplans (gemäß Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) des behandelnden Verordners (Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie Vertragspsychotherapeuten). Vorstehende Regelungen gelten für Verordnungen durch eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) grundsätzlich analog. Die Verordnung durch den Hausarzt oder Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfordert eine

vorherige Diagnosesicherung durch einen Arzt der o. g. Fachgebiete, die nicht älter als vier Monate ist. Basis der Verordnung sind § 27 BMV-Ä bzw. die entsprechenden Regelungen im Arztvertrag und die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung. Änderungen oder Ergänzungen der Verordnung von häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege bedürfen einer erneuten Unterschrift des Verordners mit Stempel und Datumsangabe. Im Rahmen der Verordnung schätzt der Verordner auch ein, ob eine im Haushalt lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

(2) Die Verordnung für Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist gemeinsam mit dem Behandlungsplan vor dem Tätigwerden des psychiatrischen Fachpflegedienstes der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Berücksichtigung des § 275 Abs. 1 und 2 SGB V, vorzulegen. Die Krankenkasse informiert den Fachpflegedienst schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen. Bei einer von der Verordnung abweichenden Entscheidung teilt die Krankenkasse dem Verordner sowie dem Versicherten die Gründe mit. Diese Krankenkasse übernimmt vom Verordner festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Verordner verordneten und verordnungsfähigen und vom psychiatrischen Fachpflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung (§ 6 Abs. 6. der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenzusage). Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Verordnung als Fax oder als Datei der Krankenkasse vorliegt. Ist in begründeten Fällen, die nicht vom psychiatrischen Fachpflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht. Die vorläufige Kostenzusage gilt nicht

- für alleinige Leistungen der Grundpflege und /oder Hauswirtschaftlichen Versorgung, ausgenommen im Rahmen des Beziehungsaufbau bzw. der Complianceförderung des Patienten.
- wenn für den psychiatrischen Fachpflegedienst offensichtlich erkennbar die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist,
- für bereits abgelehnte Leistungen, die erneut beantragt werden, ohne dass sich die leistungsrelevanten Rahmenbedingungen geändert haben,
- wenn Leistungen zu Lasten einer nicht zuständigen Krankenkasse verordnet wurden. Die vertragsschließenden Krankenkassen verpflichten sich, bei Unzuständigkeit den Pflegedienst unverzüglich zu informieren. Oder
- für rückwirkend verordnete Leistungszeiträume.

Die Zahlungspflicht der zuständigen Krankenkasse besteht bis zu dem Zeitpunkt des Zugangs der (teil-) ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung als Fax oder als Datei dem Fachpflegedienst vorliegt. Kosten für genehmigte und vom Fachpflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.

- (3) Für eine zielgerichtete qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ist eine enge Abstimmung des psychiatrischen Fachpflegedienstes mit dem Verordner erforderlich.
- (4) Nach Erhalt der Erstverordnung ist der psychiatrische Fachpflegedienst verpflichtet, unverzüglich einen Hausbesuch durchzuführen, eine vorläufige Pflegeplanung auf der Grundlage des Behandlungsplanes mit der Einschätzung des vorläufigen wöchentlichen Pflegebedarfes dem Verordner rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Verordnungszeitraums bekannt zu geben und die weitere Vorgehensweise mit ihm abzustimmen.
- (5) Nach Erhalt einer Anschlussverordnung muss der psychiatrische Fachpflegedienst unverzüglich eine angepasste Pflegeplanung auf der Grundlage des aktuellen Behandlungsplanes erstellen, aus der ersichtlich ist, ob und in welchem Umfang die psychiatrische häusliche Krankenpflege möglich ist.
- (6) Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation sind dem Verordner unverzüglich mitzuteilen. Dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Der Verordner informiert den Fachpflegedienst über neue pflegerelevante Befunde. Kurz vor Ablauf des verordneten Zeitraumes erstellt der psychiatrische Fachpflegedienst einen Abschluss- bzw. Verlängerungsbericht mit einer Beschreibung der durchgeführten und den ggf. weiterhin erforderlichen Pflegemaßnahmen sowie eine Darstellung des erreichten bzw. angestrebten Pflegezieles für den Verordner. Auf Anforderung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein aussagekräftiger Krankenpflegebericht zur Verfügung zu stellen.
- (7) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte psychiatrische häusliche Krankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnissen als aktivierende Pflege zu gewährleisten.

- (8) Dem individuellen und im Verlauf unter Umständen schwankenden psychiatrischen Pflegebedarf des Einzelnen wird mit einer starren Einsatzzeit je Pflegeeinheit u. U. nicht ausreichend entsprochen. Zur flexiblen Gestaltung der Leistungserbringung kann ein Pflegezeitvolumen genehmigt werden. Dazu wird die Anzahl der verordneten und genehmigten Pflegeeinheiten mit dem Zeitwert je Einheit von 60 Minuten multipliziert. Dieser Wert stellt den Umfang des maximalen Pflegezeitvolumens für den gesamten Verordnungszeitraum dar. Weitere Volumina im Rahmen dieser Verordnung sind ausgeschlossen. Die Obergrenze von 840 Minuten Pflegezeitvolumen pro Woche darf dabei nicht überschritten werden. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege soll keine Leistung sein, die eine dauerhafte Begleitung oder Versorgung gewährleistet. Zur stabilisierenden Zielsetzung soll eine bedarfsgerechte strukturierte und begleitete Reduzierung des Anteils professioneller psychiatrischer Fachkrankenpflege an der Versorgung des Patienten (Rückzugspflege) erfolgen.
- (9) Die in den Maßstäben und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege in der jeweils gültigen Fassung getroffenen Festlegungen sind Bestandteil dieses Vertrages, soweit durch diesen Vertrag nichts anderes geregelt ist.

§ 6

Eigenverantwortung des Versicherten

- (1) Der Versicherte erhält vom psychiatrischen Fachpflegedienst psychiatrische häusliche Krankenpflege ausschließlich im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit. Dabei ist der Eigenverantwortungsbereich des Versicherten zu stärken und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen.
- (2) Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten erbracht. Sie kann auch dazu dienen, den unmittelbaren Bezugspersonen des Versicherten Hilfestellung und Unterstützung für den Umgang mit dem Versicherten und seiner Erkrankung zu geben.
- (3) Psychiatrische häusliche Krankenpflege ist nicht auf Dauer ausgerichtet. Sie soll eine akut behandlungsbedürftige Phase im Krankheitsverlauf des Versicherten auf Weisung des Verordners hin begleiten und die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten stärken. Bei Krankheitsbildern, bei denen das ärztliche Behandlungsziel nicht erreichbar erscheint oder Kontraindikationen bestehen, ist eine psychiatrische häusliche Krankenpflege ausgeschlossen.

§ 7

Datenschutz

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU- DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der psychiatrische Fachpflegedienst verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der psychiatrische Fachpflegedienst unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Verordnern, dem MDK und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 8

Buchführungs- und Rechnungswesen

Der psychiatrische Fachpflegedienst hat die Grundsätze der Buchführung nach den Regeln des HGB zu beachten und seine Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung zu führen.

Kapitel III

- Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege einschließlich deren Abgrenzung -

§ 9

Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege

- (1) Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann als Krankenhausvermeidungs- oder als Sicherungspflege erbracht werden.

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie verordnungsfähig. Sie verfolgt das Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung bzw. Stabilisierung von Krankheitsbeschwerden, damit der Versicherte im Rahmen seiner Möglichkeiten das Leben im Alltag selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann.

- (2) Sie umfasst
- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz,
 - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
 - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen),
 - Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.
- (3) Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens. Alle Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Pflegeplanung und Pflegedokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege, die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten sowie ggf. das Zur-Verfügung-Stellen von Unterlagen.

- (4) Der Pflegedienst soll mit (gemeinde-)psychiatrischen Verbänden oder anderen vernetzten Behandlungsstrukturen zusammenarbeiten.
- (5) Bestandteile der Leistungserbringung sind auch:
- Aufnahmegespräche sowie alle Maßnahmen bei Überleitung in/aus dem Krankenhaus/der stationsäquivalenten Behandlung/der Reha-Einrichtung sowie die Vorbereitung der Übernahme des Versicherten im Rahmen des Krankenhaus- oder Reha-Entlassmanagements in die häusliche Versorgung, die notwendige Information und Beratung des Versicherten und der Angehörigen,
 - Fallbesprechungen mit anderen an der Versorgung Beteiligten.

§ 10

Abgrenzung

- (1) Für die Zeit des voll- oder teilstationären Aufenthaltes bzw. der Behandlung insbesondere in Krankenhäusern, stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Alten- und Pflegeheimen sowie Behindertenheimen und psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken kann psychiatrische häusliche Krankenpflege nicht erbracht werden.
- (2) Die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege können im Einzelfall quartalsgleich abgerechnet werden, sofern neben den Regelleistungen der psychiatrischen Institutsambulanz psychiatrische häusliche Krankenpflege notwendig ist, und (parallel) verordnet wurde. Zielsetzung ist der Übergang aus der Psychiatrischen Institutsambulanz in die ambulante vertragsärztliche Versorgung.

Kapitel IV

- Eignung der Leistungserbringer -

Abschnitt 1

- psychiatrischer Fachpflegedienst -

§ 11

Psychiatrischer Fachpflegedienst

- (1) Ein psychiatrischer Fachpflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, der unabhängig von der Zahl seiner Mitarbeiter in der Lage sein muss, eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.
- (2) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege hat der psychiatrische Fachpflegedienst Anforderungen an die Struktur- (§§ 12 - 18), Prozess- (§§ 19 - 22) und Ergebnisqualität (§ 23) zu erfüllen und durchgehend zu gewährleisten.
- (3) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, den vertragsschließenden Krankenkassen wesentliche Betriebsänderungen, insbesondere den Wegfall von vertraglichen Voraussetzungen, unverzüglich in Textform mitzuteilen. Änderungsmitteilungen sind darüber hinaus vorzunehmen bei:
 - einem Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie ihrer Stellvertretung,
 - Änderung/ Wechsel von Gesellschaftern und Geschäftsführern
 - Trägerwechsel/ Änderung der Rechtsform/ Vereinigung mehrerer Einrichtungsträger,
 - Adressänderungen der Einrichtung oder des Einrichtungsträgers
 - Namensänderungen der Einrichtung oder des Einrichtungsträgers
 - oder bei einer Betriebseinstellung.
- (4) Die Krankenkassen sind berechtigt, den psychiatrischen Fachpflegedienst hinsichtlich der Erfüllung der Vertragsvoraussetzungen im Sinne des Absatz 2 aus zu begründendem Anlass zu überprüfen.

Abschnitt 2

- Strukturqualität -

§ 12

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass für die Übernahme der Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die erforderlichen personellen und fachlichen Voraussetzungen des § 14 und bei Beginn der Leistungserbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege auch des § 18 erfüllt sind.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft gemäß § 16 die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege sicherstellt. Der psychiatrische Fachpflegedienst ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. Die persönliche Erreichbarkeit einer für die Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege strukturiert eingewiesenen Ansprechperson muss gewährleistet sein; einer weitergehenden pflegefachlichen Qualifikation bedarf es nicht. Soweit der psychiatrische Fachpflegedienst im Einzelfall die fachlichen oder organisatorischen Voraussetzungen nicht erfüllt, hat er die Versorgung abzulehnen.
- (3) Als personelle Mindestbesetzung gemäß §§ 16 - 18 sind insgesamt 5 Pflegefachkräfte mit mindestens 115,5 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit vorzuhalten.
- (4) Der psychiatrische Fachpflegedienst muss über eigene geeignete Geschäftsräume verfügen.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die die Pflegefachkräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen und stellt die Krankenkassen von Ansprüchen frei, die in diesem Zusammenhang von Dritten geltend gemacht werden.
- (6) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes hat mit seinem schriftlichen Antrag auf Vertragsabschluss bei den Krankenkassen und auf Anforderung nach Vertragsabschluss verbindlich die Anlage 2 Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen in der jeweils gültigen Fassung unter Beifügung der folgenden Nachweise vorzulegen:

- a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden (z. B. Gewerbeamt, Ordnungsamt, Finanzamt)
- b) Nachweis der Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft
- c) Kopie der Versicherungspolice über eine ausreichende Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- d) Kopie des Miet- oder Pachtvertrages/Eigentumsnachweis bzw. Nutzungsvertrag mit Nachweis zur gewerblichen Nutzung geeigneter, in sich geschlossener Geschäftsräume
- e) bei der betrieblichen Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) Kopie des Gesellschaftervertrages, ggf. Auszug mit Angabe der Gesellschafter, Unternehmenszweck, Haftung- und Vertretungsbefugnisse der Gesellschafter/Geschäftsführung
- f) bei der betrieblichen Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) Kopie des notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe der Gesellschafter, Unternehmenszweck, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse, beglaubigter Auszug aus dem Handelsregister
- g) bei der betrieblichen Rechtsform eines eingetragenen Vereins (e.V.) Kopie der Vereinssatzung, ggf. Auszug mit Angaben der Vorstandsmitglieder, Vereinszweck, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse, beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister
- h) für andere Gesellschaftsformen (z.B. OHG, KG, AG, Partnerschaften sowie Mischformen) Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend
- i) polizeiliche Führungszeugnisse (nicht älter als sechs Monate) für den Inhaber bzw. die Gesellschafter und/oder Geschäftsführer des Unternehmens
- j) Nachweis über das sozialversicherungspflichtig beschäftigte Mindestpersonal entsprechend der §§ 16 bis 18
- k) beglaubigte Kopien (nicht älter als 6 Monate) der rechtsgültigen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung und weiteres Personal
- l) polizeiliche Führungszeugnisse (nicht älter als sechs Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung
- m) Kopien der unterschriebenen und gültigen Arbeitsverträge, ggf. Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfanges (Arbeitszeit), Beschäftigungsart/Funktion, Beginn der Beschäftigung für das angegebene Mindestpersonal

- n) Kopien von geeigneten Unterlagen (Nachweise aus Vorbeschäftigungen) zur Nachweisführung der Erfüllung der Mindestberufserfahrung der ständigen verantwortlichen Pflegefachkraft sowie der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft
 - o) Nachweis über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für eine Leitungsfunktion für die verantwortliche Pflegefachkraft von mindestens 460 Unterrichtsstunden
 - p) Nachweis über den Abschluss der fachlichen Weiterbildungsmaßnahme entsprechend der §§ 16-18 von mindestens 320 / 700 Unterrichtsstunden
 - q) das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen vergebene Institutionskennzeichen (IK) für den Fachpflegedienst
 - r) Handzeichenliste inklusive Qualifikation des eingesetzten Personals
 - s) ggfs. Kopien der Kooperationsvereinbarungen
 - t) Angabe einer eigenständigen Telefon- und Faxnummer
- (6) Der psychiatrische Fachpflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Der Nachweis ist regelmäßig zu aktualisieren. Der Nachweis ist zunächst im Rahmen der Antragsstellung und in der Folgezeit auf konkrete Anforderung der vertragsschließenden Krankenkassen vorzulegen.
- (7) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter/-innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.
- (8) Der psychiatrische Fachpflegedienst beschäftigt hauptberuflich (d.h. mindestens 19,25 Wochenstunden) keine Pflegefachkräfte, die zeitgleich in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer psychiatrischen Institutsambulanz beschäftigt sind.
- (9) Der Abschluss eines Versorgungsvertrages kann abgelehnt werden, wenn Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass der Inhaber des Fachpflegedienstes, ein Gesellschafter der Trägergesellschaft des Dienstes, ein Geschäftsführer der Trägergesellschaft des Dienstes, die verantwortliche Pflegefachkraft oder deren Vertretung für die Tätigkeit im Fachpflegedienst ungeeignet sind. Als ungeeignet gilt insbesondere, wer:

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

§ 13

Praxis- und Betriebseinrichtung

- (1) Alle im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach diesem Vertrag verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen für den Einsatz fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat
 - eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
 - eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (3) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, für die Akutversorgung ausreichende Sachmittel vorzuhalten. Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 33 SGB V bleiben unberührt.

§ 14

Fachliche Anforderungen

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes stellt sicher, dass die vom psychiatrischen Fachpflegedienst angebotenen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 16 erbracht werden.
- (2) Psychiatrische häusliche Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 16 bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für
 - die fachliche Planung und Erbringung der Pflegeprozesse nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen im Rahmen der ärztlichen Ver- und Anordnung in dem für diese Leistungen gebotenen Umfang
 - die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Pflegefachkräfte,
 - die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
 - die regelmäßige fachliche Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des psychiatrischen Fachpflegedienstes,
 - die Einsatz- und Routenplanung,
 - die fachliche Koordination bzw. Zusammenarbeit aller am Pflegeprozess Beteiligter (psychiatrische Fachpflegekräften, Verordner, Patient und andere),
 - die Erstellung und Umsetzung von Fachkonzepten,
 - die kontinuierliche Fortbildung in ihrem Bereich,
 - die fachliche Leitung und Dokumentation von Teambesprechungen,
 - die Prozess- und Ergebnisqualität (bezogen auf ihren Patientenkreis).
- (3) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes gewährleistet, dass die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nur durch dazu fachlich qualifiziertes Personal entsprechend §§ 14 bis 18 dieses Vertrages erbracht werden.
- (4) Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen.
- (5) Die Durchführung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch freie Mitarbeiter, Honorarkräfte und Praktikanten ist unzulässig.

§ 15

Fortbildung

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft und aller in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege Beschäftigten, die länger als ein Jahr bei dem Pflegedienst tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an spezifischen berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen sicherzustellen. Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Stand der psychiatrischen Fachpflege vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.
- (2) Der Umfang der Fort- und Weiterbildungen beträgt durchschnittlich 20 Zeitstunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren.
- (3) Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine Krankenkasse innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch den Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes. In diesem sind die Vor- und Nachnamen der Beschäftigten, Thema, Umfang – in Zeitstunden – und die Termine der Fort- oder Weiterbildungen aufzuführen. In begründeten Fällen können auch über den Nachweiszeitraum hinaus Nachweise oder Teilnahmebescheinigungen angefordert werden.
- (4) Kommt der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird durch Bescheid eine Nachfrist von mindestens sechs Monaten gesetzt. Innerhalb der Nachfrist sind die Krankenkasse berechtigt, die Vergütung ab dem der Zustellung des Bescheides folgenden Monatsersten bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die nachgeholten Fortbildungen um 10 % des Umsatzes im Leistungsbereich SGB V zu kürzen, der dem Anteil der nicht ausreichend fortgebildeten MitarbeiterInnen (in VZ-Stellen) entspricht. Im Wiederholungsfall verdoppelt sich der Prozentsatz nach Satz 2. Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes ist verpflichtet, den Rechnungsempfängern bei Rechnungslegung die festgestellte Kürzung anzuzeigen. Die nachgeholten Fort- und Weiterbildungen werden auf die nach Absatz 2 erforderlichen laufenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen nicht angerechnet.
- (5) Wird der Nachweis nicht bis zum Ablauf der Nachfrist geführt, ist der Vertrag zu kündigen.

§ 16

Verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft für die Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erfüllen Personen, die
1. eine Ausbildung als
 - a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
 - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
 - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
 - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003, nach dem PfIBRefG oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht)abgeschlossen haben

und

 2. eine der folgenden Qualifikationen (jeweils mindestens 700 Stunden) absolviert haben:
 - a) eine staatlich anerkannte/zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung
oder
 - b) eine Weiterbildung zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie gemäß der
 - a. Weiterbildungsverordnung Psychiatrie oder
 - b. Weiterbildungsverordnung Gerontopsychiatrie oder
 - c. DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder
 - c) eine Weiterbildung auf der Grundlage des Curriculums: „Ambulante und gemeindenahe Pflege psychisch kranker Menschen“ nach H. Haynert, Universität Witten-Herdecke, Dezember 2010, sofern neben dem Theorieteil des Curriculums ein verzahnter Praxisteil mindestens im Umfang von 120 Zeitstunden berufspraktischer Erfahrung mit Selbsterfahrung (ggf. in Kooperation) absolviert wird oder
 - d) ein staatlich anerkannter Studienabschluss mit dem Schwerpunkt psychiatrische Versorgung

und

3. innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre eine praktische, hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 19,25 Wochenstunden) nach erteilter Erlaubnis in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrischen Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen) sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ausgeübt haben
und
4. in dem psychiatrischen Fachpflegedienst in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen¹ Beschäftigungsverhältnis stehen. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5 Vollzeitstellen je Fachpflegedienst beträgt
sowie
5. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen. Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:
 1. Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen),
 2. psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie
 3. die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation).

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

¹ Die Voraussetzung ist auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen psychiatrischen Fachpflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte

- (2) Soweit zeitgleich eine Zulassung als somatischer Krankenpflagedienst nach dem SGB V besteht und die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllt, kann der Pflagedienst auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach Absatz 1, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, erfüllen müssen. Diese übernimmt intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in § 14 beschriebenen Leistungen.

§ 17

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflagedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub oder Kündigung) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist. In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt. Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß §16 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich Pflagedienst und vertragsschließende Krankenkassen auf eine geeignete Übergangsregelung.
- (2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat
1. neben einer abgeschlossenen Ausbildung als
 - a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
 - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
 - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
 - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003, nach dem PfIBRefG oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht)
 2. eine ausreichende Berufserfahrung in der pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen
oder
eine Zusatzqualifikation in Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden² nachzuweisen.

² Pflegefachkräfte, die am 31.03.2021 in einem zugelassenen psychiatrischen Fachkrankenpflagedienst in Niedersachsen beschäftigt waren und eine Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mind. 200 Zeitstunden erfolgreich abgeschlossen oder sich in der Weiterbildung befanden besitzen einen Bestandsschutz. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass der erforderliche Praxisteil mit einem Umfang von mind. 120 Zeitstunden im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im ambulanten psychiatrischen Fachpflagedienst absolviert wurde.

Als ausreichende Berufserfahrung ist eine einschlägige Berufserfahrung von mindestens 1 Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten 5 Jahre in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen/ gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrische Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen), in stationären Einrichtungen des SGB XI mit einem speziellen Versorgungsauftrag für psychisch erkrankte Pflegebedürftige sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege anzusehen³.

Im Rahmen der Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie müssen bezogen auf den theoretischen Teil mindestens folgende Inhalte vermittelt werden (Umfang von mind. 200 Zeitstunden⁴):

- Pflege psychisch kranker Menschen planen, durchführen, dokumentieren
- professionelle Pflege psychisch kranker Menschen
- Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie
- Kenntnisse über psychische Störungen und Begleitung psychisch kranker Menschen in Krisen und schwierigen Situationen

Neben dem theoretischen Teil muss ein Praxisteil mit einem Umfang von mind. 120 Zeitstunden absolviert werden. Der Praxisteil kann in einem Krankenhaus, in einer psychiatrischen/ gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen/ gerontopsychiatrischen Einrichtung (Institutsambulanz, Fachpflegedienst, Tagesklinik, Reha-Einrichtung) durchgeführt werden.

3. Die Vertretungskraft muss mindestens im gleichen Stellenumfang wie die zu vertretende verantwortliche Pflegekraft bzw. die Fachbereichsleitung sozialversicherungspflichtig⁵ tätig sein. Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.

³ Die Rahmenfrist von fünf Jahren nach Satz 1 verlängert sich um Zeiten, in denen die Pflegefachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,

höchstens jedoch auf 8 Jahre.

⁴ Von der Gesamtstundenzahl des theoretischen Unterrichtsteils sollen mindestens 50% in Präsenzphasen vermittelt werden.

⁵ Die Voraussetzung ist auch erfüllt, sofern die stellvertretend verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen psychiatrischen Fachpflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte

§ 18

Pflegefachkräfte

- (1) Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass für die Übernahme der Versorgung von Versicherten im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die erforderlichen personellen und fachlichen Voraussetzungen der §§ 16 und 17 und bei Beginn der Leistungserbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege auch des Absatzes 3 erfüllt sind.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens drei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte zu beschäftigen.
- (3) Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Versicherten mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege übernehmen, müssen
 1. neben einer abgeschlossenen Ausbildung als
 - a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
 - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
 - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
 - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003, nach dem PfIBRefG oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht)
 2. über eine ausreichende Berufserfahrung in der pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen
oder
eine Zusatzqualifikation in Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden⁶ nachweisen können. Als ausreichende Berufserfahrung ist eine einschlägige Berufserfahrung von mindestens 1 Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten 5 Jahre in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrische Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen), in stationären

⁶ Pflegefachkräfte, die am 31.03.2021 in einem zugelassenen psychiatrischen Fachkrankenpflegedienst in Niedersachsen beschäftigt waren und eine Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mind. 200 Zeitstunden erfolgreich abgeschlossen oder sich in der Weiterbildung befanden besitzen einen Bestandsschutz. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass der erforderliche Praxisteil mit einem Umfang von mind. 120 Zeitstunden im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im ambulanten psychiatrischen Fachpflegedienst absolviert wurde.

Einrichtungen des SGB XI mit einem speziellen Versorgungsauftrag für psychisch erkrankte Pflegebedürftige sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege anzusehen.⁷

Im Rahmen der Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie müssen bezogen auf den theoretischen Teil mindestens folgende Inhalte vermittelt werden (Umfang von mind. 200 Zeitstunden⁸):

1. Pflege psychisch kranker Menschen planen, durchführen, dokumentieren
2. professionelle Pflege psychisch kranker Menschen
3. Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie
4. Kenntnisse über psychische Störungen und Begleitung psychisch kranker Menschen in Krisen und schwierigen Situationen

Neben dem theoretischen Teil muss ein Praxisteil mit einem Umfang von mind. 120 Zeitstunden absolviert werden. Der Praxisteil kann in einem Krankenhaus, in einer psychiatrischen/ gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Einrichtung (Institutsambulanz, Fachpflegedienst, Tagesklinik, Reha-Einrichtung) durchgeführt werden.

3. Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige⁹ Pflegefachkräfte sichergestellt. Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten sollte nicht mehr als 20 % der im Bereich psychiatrischen häuslichen Krankenpflege eingesetzten Pflegefachkräfte betragen.

⁷ Die Rahmenfrist von fünf Jahren nach Satz 1 verlängert sich um Zeiten, in denen die Pflegefachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,

höchstens jedoch auf 8 Jahre.

⁸ Von der Gesamtstundenzahl des theoretischen Unterrichtsteils sollen mindestens 50% in Präsenzphasen vermittelt werden.

⁹ Die Voraussetzung ist auch erfüllt, sofern die Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen psychiatrischen Fachpflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte

- (4) Für neu eingestellte sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung nach Abs. 3 Nummer 1, die nicht über eine Zusatzqualifikation in Psychiatrie/ Gerontopsychiatrie verfügen, hat der Pflegedienst die Berufserfahrung auf Anforderung entsprechend nachzuweisen. Sofern diese nicht gegeben ist, hat der Pflegedienst die betreffenden Pflegefachkräfte mit der Aufnahme der fachpflegerischen Versorgung bei Versicherten zur Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/ Gerontopsychiatrie anzumelden, diese die Maßnahme innerhalb von sechs Monaten zu beginnen und deren Abschluss innerhalb von maximal zwölf weiteren Monaten nachzuweisen.

Bis dahin dürfen diese Pflegefachkräfte unter folgenden Voraussetzungen eingesetzt werden:

1. Die verantwortliche Pflegefachkraft / Fachbereichsleitung hat sich vor dem erstmaligen Einsatz bei einem Versicherten zu vergewissern, dass die Versorgung durch die betreffende Pflegefachkraft im konkreten Fall möglich ist, und dies laufend weiter zu überwachen;
 2. bei der Versorgung des betreffenden Versicherten ist neben der noch zu qualifizierenden Pflegefachkraft mindestens eine Pflegefachkraft einzusetzen, welche die Qualifikation bereits aufweist, und
 3. es erfolgt eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung; mindestens die ersten fünf Behandlungseinheiten in der Versorgung des jeweiligen Versicherten vor Ort werden durch eine bereits qualifizierte Pflegefachkraft begleitet.
- (5) Über das Mindestpersonal nach § 18 Abs. 2 dieses Vertrages hinausgehender Personaleinsatz ist den Vertragspartnern nicht anzuzeigen. Die entsprechenden Unterlagen sind vom Fachpflegedienst vorzuhalten und auf Anforderung der vertragsschließenden Krankenkassen nachzuweisen.

Abschnitt 3

- Prozessqualität -

§ 19

Pflegeprozess

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wendet die Pflegeprozessmethode an. Diese umfasst:

- Strukturierte Informationssammlung/ Pflegeanamnese
- Erfassen von vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie der prioritären Probleme und Gefährdungen
- Festlegung der Pflegeziele unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung und der im Behandlungsplan benannten Behandlungsziele
- Planen der Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- Durchführen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- Evaluation der durchgeführten Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege unter Berücksichtigung des Behandlungsplanes und Rückkopplung des Verordners.

Die Schritte des Pflegeprozesses sind nachvollziehbar und aktuell zu dokumentieren. Der Versicherte und seine Bezugsperson(en) sind an den Schritten des Pflegeprozesses zu beteiligen.

§ 20

Pflegeplanung

Der psychiatrische Fachpflegedienst erstellt bei Leistungsbeginn auf der Grundlage der Verordnung und des Behandlungsplanes eine vorläufige Pflegeplanung (vgl. § 5 Abs. 4). Eine angepasste Pflegeplanung ist zu erstellen, sofern eine längerfristige psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnet wird. Der Versicherte und seine Bezugspersonen sind an der Planung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beteiligen. Die Pflegeplanung ist kontinuierlich an die individuelle Situation der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege unter Bezug auf den Behandlungsplan anzupassen. Die Pflegeplanung nennt die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie der prioritären Probleme und Gefährdungen, beschreibt die pflegerischen Maßnahmen in Abstimmung mit der Verordnung und dem Behandlungsplan und legt die Pflegeziele auf dieser Grundlage fest. Sie wird kontinuierlich, entsprechend der Entwicklung des Pflegeprozesses, aktualisiert.

§ 21

Pflegedokumentation

- (1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes Dokumentationssystem anzuwenden, das für die Erbringung der Leistung eine übersichtliche und nachvollziehbare Dokumentation ermöglicht. Geeignet sind Dokumentationssysteme, mit denen die Dokumentation der auf die Erbringung der Leistung bezogenen Informationssammlung, Hinweise zur Durchführung, Hinweise zur Leistungserbringung sowie von Verlaufsbeobachtungen und notwendigen Abstimmungen mit dem Verordner möglich ist. Das Dokumentationssystem hat auch die Dokumentation der Planung der Durchführung der Leistungen zu ermöglichen, soweit eine Planung erforderlich ist. Soweit erforderlich, sind spezielle Formulare (z.B. Medikamentenblatt) vorzuhalten.
- (2) Zu Beginn des Versorgungsauftrages erfasst der Fachpflegedienst Stammdaten sowie die leistungsbezogenen Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für eine ordnungsgemäße Durchführung der Leistungen erforderlich sind. Auf dieser Grundlage werden die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durchgeführt. Die Leistungserbringung wird im Anschluss an die Durchführung auf dem Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegefachkraft abgezeichnet.
- (3) Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie Besonderheiten oder Abweichungen bei der Durchführung der Leistungen oder Beobachtungen im Verlauf werden im Pflegebericht/ Berichtsblatt bzw. in speziellen Formularen festgehalten.
- (4) Über leistungsrelevante Veränderungen berichtet der Fachpflegedienst dem behandelnden Verordner. Dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Bei einer Änderung der Verordnung wird die Durchführung entsprechend angepasst.
- (5) Die Dokumentation ist i. d. R. bei der oder dem Versicherten aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung bei der oder dem Versicherten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist, ist die Dokumentation beim ambulanten Fachpflegedienst zu hinterlegen. Durch den Pflegedienst ist sicherzustellen, dass insbesondere die an der Versorgung beteiligten Behandler/ Ärzte bei Bedarf Einsicht auf die Informationen aus der Dokumentation haben.
- (6) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt mindestens drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

- (7) Der Verordner soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken. Wenn eine elektronische Dokumentation erfolgt, ist durch den Fachpflegedienst sicherzustellen, dass insbesondere der an der Versorgung beteiligte Verordner Zugriff auf die Informationen aus der Dokumentation hat.
- (8) Die Pflegedokumentation ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei Bedarf zugänglich zu machen und diesem auf Anforderung ein aussagekräftiger Krankenpflegebericht zur Verfügung zu stellen.

§ 22

Kontinuität

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

Abschnitt 4

- Ergebnisqualität -

§ 23

Ergebnisqualität

Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand des definierten Behandlungs- und Pflegeziels regelmäßig zu überprüfen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, inwieweit die Ziele der aktivierenden Pflege sowie die angemessenen Wünsche des Versicherten im Pflegeprozess Berücksichtigung gefunden haben. Dabei sind auch das soziale und räumliche Umfeld, in dem die Pflege stattfindet, sowie die Leistungen der anderen an der Pflege Beteiligten zu berücksichtigen. Das Ergebnis einschließlich der daraus resultierenden Maßnahmen ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Kapitel V

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung –

§ 24

Qualitätssicherung

- (1) Qualitätssicherung erfolgt in internen und externen Maßnahmen.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich. Er ist verpflichtet, interne Qualitätssicherung durchzuführen.
- (3) Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement umfasst alle Managementprozesse (Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserstellung, Analyse/Verbesserung), die Qualität entwickeln, festlegen und sichern. Es bezieht sich auf alle Handlungen und Leistungen, die einer zielorientierten, fachgerechten und effektiven Leistungserbringung dienen. Die Verantwortlichkeit für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement liegt auf Leitungsebene in der Einrichtung, und zwar auch dann, wenn ein Qualitätsmanagementbeauftragter benannt ist.
- (4) Die externe Qualitätssicherung umfasst unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle. Diese werden im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung realisiert.

§ 25

Maßnahmen

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

§ 26

Verfahren zur Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen

- (1) Wird von den Krankenkassen die Notwendigkeit einer Qualitäts- und Abrechnungsprüfung auf der Grundlage der Regelungen in § 112 und §§ 114 ff SGB XI sowie § 132a Abs. 4 Satz 13 SGB V als gegeben angesehen, sind sie berechtigt, die Qualität und Abrechnung der Leistungserbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen. Leistungserbringer, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, sind verpflichtet an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen.
- (2) Hinsichtlich der Durchführung sowie der Mitwirkungspflichten gelten die Qualitätsprüfungsrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Grundlage der Prüfung sind insbesondere
 - a) die Pflegedokumentation nach § 21,
 - b) die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals,
 - c) Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Fort- und Weiterbildungspläne, Dokumentationen pflegerischer Themen in Dienstbesprechungen),
 - d) Kostenübernahmeerklärungen,
 - e) Leistungsnachweise und weitere Abrechnungsunterlagen.
 - f) die aktuellen Personaleinsatzpläne/ Tourenpläne nach § 12 Abs. 7.Die Unterlagen nach Buchstaben a) bis e) sind zwei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.
- (4) Ergeben sich bei der Qualitätsprüfung Feststellungen, dass die Leistungen nicht den allgemein anerkannten Qualitätsstandards entsprechen, leitet die Krankenkasse geeignete Maßnahmen ein.
- (5) Ergeben sich bei der Abrechnungsprüfung Feststellungen, dass die abgerechneten Positionen nicht den tatsächlich erbrachten Leistungen entsprechen, leitet die Krankenkasse geeignete Maßnahmen gem. § 44 ein.

Kapitel VI

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

§ 27

Allgemeines

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege wirkt der psychiatrische Fachpflegedienst mit dem Verordner, ggf. dem somatischen Pflegedienst, dem Krankenhaus, dem soziotherapeutischen Leistungserbringer, dem sozialpsychiatrischen Verbund bzw. vergleichbarer regionaler Arbeitsgemeinschaften, anderen an der Versorgung Beteiligten und der zuständigen Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. Abweichende Regelungen von den Bestimmungen der §§ 27 bis 30 sind möglich, wenn der psychiatrische Fachpflegedienst in die integrierte Versorgung durch einen Vertrag gemäß § 140 b SGB V einbezogen ist.
- (2) Eine Beeinflussung der Versicherten und Verordner, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig.
- (3) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 28

Zusammenarbeit mit dem Verordner

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim behandelnden Verordner (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst berichtet dem behandelnden Verordner unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege; § 31 Abs. 2 ist zu beachten.
- (3) Wird der psychiatrische Fachpflegedienst vom Verordner, der zuständigen Krankenkasse oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, über von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue pflegerelevante Befunde informiert, hat der

psychiatrische Fachpflegedienst diese Information unverzüglich zu berücksichtigen.

- (4) Der psychiatrische Fachpflegedienst ermöglicht dem Verordner, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen und gewährleistet nach Absprache die unmittelbare Einsichtnahme.

§ 29

Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsformen (Überleitungspflege)

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst stellt im Rahmen seiner Möglichkeiten sicher, dass die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung des Versicherten in andere Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden. Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers sollte ein Pflegeüberleitungsbogen verwendet werden.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege den durch andere Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen.

§ 30

Pflegebedürftigkeit

Ist nach Auffassung des psychiatrischen Fachpflegedienstes der Versicherte erheblich pflegebedürftig, hat aber noch keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, wirkt der psychiatrische Fachpflegedienst auf die erforderliche Antragstellung hin.

Kapitel VII

- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung -

§ 31

Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen des psychiatrischen Fachpflegedienstes sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und der psychiatrische Fachpflegedienst nicht zu Lasten der Krankenkasse erbringen.

- (2) Sind die verordneten Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel im bisherigen Umfang nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist der behandelnde Verordner umgehend zu informieren. Über die Beendigung der Versorgung ist die zuständige Krankenkasse ebenfalls zu informieren.

§ 32

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Krankenkassen können die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein psychiatrischer Fachpflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (2) Die Krankenkassen bestellen einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, können die Krankenkassen den Sachverständigen alleine bestellen. Die Kosten sind von dem Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes zu übernehmen und in den folgenden Entgeltverhandlungen zu berücksichtigen.
- (3) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen von den Krankenkassen schriftlich zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.
- (4) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Auskünfte erteilen und Unterlagen vorlegen. Hierzu gehören insbesondere Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise, Pflegedokumentation gemäß § 21, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Pflegeleistungen und die Mitarbeiterdokumentation gemäß § 12 Abs. 7. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem psychiatrischen Fachpflegedienst abzusprechen.
- (6) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen.

- (7) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.
- (8) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser beinhaltet den Prüfungsauftrag, die Vorgehensweise bei der Prüfung, die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände, die Gesamtbeurteilung, ggf. eine Empfehlung zur Umsetzung der Prüfungsfeststellung.
- (9) Der psychiatrische Fachpflegedienst bzw. der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes sind von den Krankenkassen über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren und ggf. anzuhören. Auf Wunsch händigen die Krankenkassen dem psychiatrischen Fachpflegedienst den Prüfbericht aus.
- (10) Ergeben sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Feststellungen, dass die Leistungen nachweislich unwirtschaftlich erbracht werden, so werden zwischen den Vertragsparteien geeignete Maßnahmen vereinbart.

Kapitel VIII

- Abrechnung -

§ 33

Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)

- (1) Die Abrechnung der Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erfolgt monatlich und ist bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.
- (2) Der Genehmigungsvermerk/ das Genehmigungskennzeichen und der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis gemäß § 35 sind mit der Abrechnung einzureichen.
- (3) Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen. Ein in der Klinik erbrachtes Erstgespräch ist zur Kennzeichnung am Entlassungstag mit der fiktiven Uhrzeit 23:59 abzurechnen.
- (4) Überträgt der psychiatrische Fachpflegedienst die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Den Krankenkassen ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen (ggf. der Vertrag vorzulegen). Es ist eine Erklärung des

Fachpflegedienstes beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkassen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen (siehe Anlage 1).

Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung durch die beauftragte Abrechnungsstelle keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten der den Krankenkassen gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungs-/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen, wenn die Abrechnungs-/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, den Krankenkassen liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Trägers des Fachpflegedienstes vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle und dem Träger des Fachpflegedienstes mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Entsteht den Krankenkassen durch die Abrechnung über die Abrechnungsstelle ein Schaden, so haften Fachpflegedienst und Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.

- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die mit der beauftragten Abrechnungsstelle getroffene Vereinbarung einschließlich der Regelungen über Datenschutz und Datensicherung vorzuhalten und auf Anforderung den Krankenkassen vorzulegen.
- (6) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, in der Abrechnung folgende Daten anzugeben bzw. Unterlagen zu liefern:
 - a. die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Uhrzeit (Echtzeit) des Leistungsbeginns und des Leistungsendes (mit Ausnahme eines Erstgespräches nach § 33 Abs. 3)
 - b. das Institutionskennzeichen gemäß § 293 SGB V
 - c. die Krankenversichertennummer des Versicherten
 - d. Genehmigungsvermerk/ -kennzeichen
 - e. den Originalleistungsnachweis nach § 35
- (7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Abrechnung entsprechend der Richtlinie gemäß § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern einschließlich der technischen Anlage für die maschinelle Abrechnung in der jeweils gültigen Fassung zu liefern. Dazu zählt auch die Lieferung der Segmente „Tag und Uhrzeit der Leistungserbringung“ und „Verordnungsdatum“ (Nutzsegmente/ Nachrichtentyp SLLA) als Feld-Art M (Mussfeld).

- (8) Der Fachpflegedienst ist verpflichtet, die von ihm erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V).
- (9) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der zuständigen Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach 3-maliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Der Fachpflegedienst erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt.
- (10) Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. Neben den maschinell oder auf Datenträgern übermittelten Daten sind den Abrechnungen die vereinbarten Urbelege sowie die notwendigen Begleitzettel beizufügen. Der Abrechnung ist der unterschriebene Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung getroffen haben. Die Vertragspartner streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln.
- (11) Unterlagen, die der zuständigen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden.
- (12) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der zuständigen Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen.

- (13) Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung bzw. in Fällen der vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 Häusliche Krankenpflege Richtlinie nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- (14) Die zuständige Krankenkasse stellt die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 Häusliche Krankenpflege Richtlinie ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu existiert im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 die Schlüsselnummer „C2“ an der Position „Art der Genehmigung“, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat. Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist.
- (15) Fachpflegedienste, die Dienstleister für die Abrechnung beauftragen, stellen die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Verordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.
- (16) Werden die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der Richtlinie nach § 302 SGB V im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten eine pauschale Rechnungskürzung gemäß § 303 SGB V vornehmen.
- (17) Rechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, können von der Krankenkasse zur Berichtigung zurückgegeben werden.
- (18) Abweichend von § 34 Abs. 1 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Kalendertage. Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer

Abrechnungsformulare verlängert sich die Frist auf 28 Kalendertage (vgl. § 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V).

§ 34

Zahlung, Beanstandung

- (1) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (2) Alle Zahlungen erfolgen grundsätzlich nur bei Vorlage von Originalabrechnungsunterlagen und unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Erstreckt sich die Genehmigung einer Verordnung für psychiatrische häusliche Krankenpflege über mehrere Monate, ist der ersten Abrechnung für diesen Genehmigungszeitraum die Genehmigung im Original oder das Genehmigungskennzeichen der Abrechnung beizufügen.
- (3) Bei Unstimmigkeiten in der Abrechnung hat die zuständige Krankenkasse das Recht, den zu beanstandeten Betrag einzubehalten oder zurückzufordern.
- (4) Beanstandungen i. S. von Abs. 3 müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können innerhalb von einem Monat nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (5) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem psychiatrischen Fachpflegedienst die Rechnungen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Das ursprüngliche Zahlungsziel ist in diesen Fällen ausgesetzt. Mit Einreichen einer korrigierten Rechnung beginnt die in Abs. 1 benannte Zahlungsfrist erneut.
- (6) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des Leistungserbringers längstens bis zum Ablauf von 6 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats in dem sie erbracht wurden, erhoben werden.
- (7) Forderungen der Krankenkassen gegen den Träger des Pflegedienstes können gegenüber diesem oder der Abrechnungs-/ Verrechnungsstelle unter Angabe von Art, Höhe und Grund aufgerechnet werden.
- (8) Forderungen gegenüber den Krankenkassen können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.

- (9) Zahlungen an eine durch den Träger des Pflegedienstes ermächtigte Abrechnungs-/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt (siehe § 33 Abs. 4).

§ 35

Leistungsnachweis

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:
- Name des Versicherten
 - Krankenversicherungsnummer
 - Institutionskennzeichen des psychiatrischen Fachpflegedienstes
 - Art und Menge der erbrachten Leistungen
 - Datum der Leistungserbringung und Uhrzeit (Echtzeit) des Leistungsbeginns und –endes, sofern diese Angaben nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden
 - Angabe der gleichzeitigen Leistungserbringung nach SGB XI/SGB XII durch den gleichen Leistungserbringer
 - Handzeichen nach Abs. 2
- (2) Alle vom psychiatrischen Fachpflegedienst erbrachten Leistungen sind jeweils unmittelbar nach der Leistungserbringung im Leistungsnachweis von der durchführenden Pflegefachkraft durch Handzeichen, entsprechend der bei dem psychiatrischen Fachpflegedienst hinterlegten Handzeichenliste, einzutragen. Die Leistungserbringung ist durch den Versicherten/ Bevollmächtigten bzw. bestellten Betreuer zeitnah – mindestens wöchentlich – unterschriftlich zu bestätigen.
- (3) Der Leistungsnachweis ist zwingender Bestandteil der Abrechnung (vgl. §33 Abs. 10).
- (4) Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. Der Leistungsnachweis einschließlich der Bestätigung des Versicherten wird in diesen Fällen EDV-technisch hergestellt. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Monatsausdruck, der der Rechnung beigefügt wird, durch Unterschrift bestätigt.

Kapitel IX

- Vergütung und Schiedsperson-

§ 36

Grundsätze der Vergütung

- (1) Die Vergütung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege richtet sich nach der auf der Grundlage von Einzel- oder Kollektivverhandlungen gesondert abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung.
- (2) Die Abrechnung der erbrachten Einsätze erfolgt nach Minuten. Dabei beginnt der Einsatz mit dem Betreten bzw. mit der persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Patienten und endet mit dem Verlassen der Wohnung/ des Hauses bzw. mit dem persönlichen Kontakt. Die Zeit der Pflegedokumentation ist am Leistungsort abrechenbare Zeit.
- (3) Das System zur Vergütung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
 1. Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und handhabbar sein.
 2. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
 3. Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen geführt.
- (4) Vergütungsverhandlungen sind als Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu führen. Grundlage für Vergütungsverhandlungen ist eine prospektive Kalkulation. In diese prospektive Kalkulation fließen abhängig vom Verhandlungsgegenstand folgende Gestehungskosten ein:
 1. Die Personal- und Personalnebenkosten ¹⁰(insbesondere Pflegepersonal, Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen, Personaloverhead für angestellte Geschäftsführung, für pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, Rufbereitschaft, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrparkmanagement),
 2. Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung, insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung, IT-Kosten, Fuhrpark einschließlich der dazugehörigen Sachkosten,

¹⁰ Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben

- Versicherungen, Fortbildungskosten, pflegerische Sachkosten, Aufwendungen für Fremddienstleistungen¹¹,
3. ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes,
 4. eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals.
- (5) Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Der Pflegedienst ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 1 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nach Maßgabe von § 38 nachzuweisen.
- (6) Bei der Vereinbarung der Vergütung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V zu beachten. Eine über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehende Vergütungssteigerung ist nur möglich, wenn dies durch die Zahlung von Vergütungen nach Abs. 4 Satz 1 begründet ist oder wenn die Betriebs- und Kostenstruktur des Fachpflegedienstes bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine höhere Vergütung erfordert. Die Darlegung und Substantiierung obliegt dem Fachpflegedienst.
- (7) Die Vergütung wird prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart. Die Vergütungsvereinbarung wird auch für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum geschlossen oder durch eine Schiedsperson festgesetzt, sofern für diesen Zeitraum noch keine Vergütungsvereinbarung getroffen und vor Beginn des entsprechenden Zeitraums zur Verhandlung aufgefordert wurde. Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand soll die Vergütung für in der Vergangenheit liegende Zeiträume über Kompensationszuschläge erfolgen.
- (8) Das Vergütungssystem ist so zu gestalten, dass die Mehrfachvergütung derselben Leistungen, z.B. auch nach dem SGB XI und SGB XII, ausgeschlossen wird.
- (9) Aufzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Fachpflegedienst von dem Versicherten weder fordern noch annehmen. Ebenso darf der Fachpflegedienst dem Versicherten oder Dritten keinen finanziellen oder anderweitigen Vorteil aus der Inanspruchnahme und der Weitergabe sowie Vermittlung von Versorgungsfällen im Bereich der häuslichen Krankenpflege gewähren.

¹¹ Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrpark zu subsumieren

- (10) Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind insbesondere die Vergütungsformen
- a. Komplexleistungsvergütungen
 - b. pauschale Vergütungen
 - c. Einzelleistungsvergütungen
 - d. Zeitvergütung
- oder Kombinationen dieser Vergütungsformen möglich.

§ 37

Einzelverhandlungen

- (1) Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines Pflegedienstes zu erkennen sein. Dabei ist der Verteilungsmaßstab für Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:
1. Die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf den Fachpflegedienst je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil und – soweit vorhanden - Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation).
 2. Für die Entlohnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung zur Verfügung zu stellen. Bei sogenannten Haustarifen bzw. individuellen Vergütungsrichtlinien bzw. -vereinbarungen ist zusätzlich als Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung des Trägers der Fachpflegeeinrichtung erforderlich.
 3. Sachkostenkalkulation unter Differenzierung der nach §36 Abs. 3 Satz 3 Nummer 2 genannten Kostenpositionen.

Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen und zu den Nachweisen nach Abs. 2 vereinbaren die Vertragspartner dieses Vertrages.

- (2) Reichen die Angaben des Fachpflegedienstes für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 1 nach substantiierter Darlegung der vertragschließenden Krankenkassen nicht aus, sind durch den Fachpflegedienst weitere Nachweise vorzulegen. Unter der Wahrung

des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit, kann der Nachweis zu den bestrittenen Kostenpositionen insbesondere wie folgt geführt werden:

1. Weitere Konkretisierungen der zu erwartenden Kostenlast und ggf.
 2. pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe der Einstufung und Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in das Unternehmen, jeweiliger wöchentlicher Arbeitszeit in den einzelnen Monaten (Personalliste Gestehungskosten) und ggf.
 3. Lohnjournale je Beschäftigungsgruppe zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte i.S.d. § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB IV (ohne steuerrechtliche Angaben und ohne Gehaltsangaben zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) oder pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste entspricht) in einem geeigneten Format jeweils für den letzten Vergütungszeitraum, höchstens für die letzten zwölf Monate vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung. Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären und ggf.
 4. verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird und ggf.
 5. vergütungsrelevante Angaben zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege aus dem Jahresabschluss, insbesondere sofern diese zur Bestimmung des Zuschlags für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos erforderlich sind.
- (3) Soweit bei Kostensteigerungsverhandlungen auf vereinbarte Vergütungen der Vorjahre als Basis für aktuelle Vergütungsverhandlungen zurückgegriffen werden kann, bezieht sich die Darlegungs- und Substantiierungslast auf die Basis und die eingetretenen Veränderungen bei den Kostenpositionen, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütungen rechtfertigen. Die Prüfungsbefugnis der Krankenkasse bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.

§ 38

Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte

- (1) Bei Vergütungsvereinbarungen, die auf der Basis von § 36 Abs. 3 Nr. 3 zustande gekommen sind, weist der Fachpflegedienst auf Verlangen der vertragsschließenden Krankenkassen (bzw. bei mehreren Leistungsträgern als Vertragspartner gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam) durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen, die Geschäftsgrundlage dieser Vergütungsvereinbarung geworden sind, tatsächlich geleistet wurden. Soweit in die Vereinbarungen nach Satz 1 bei Fachpflegediensten, die weder tarifgebunden sind noch einen Tarif anwenden, durchschnittliche Gehaltssteigerungen eingeflossen sind, weist der Fachpflegedienst auf entsprechendes Verlangen nach, dass die Gehaltssteigerungen im Durchschnitt tatsächlich umgesetzt wurden; falls Angestellte an der Gesellschaft beteiligt sind, müssen die durchschnittlichen tatsächlichen Gehaltssteigerungen für die anderen Angestellten den Geschäftsgrundlage gewordenen durchschnittlichen Gehaltssteigerungen entsprechen. Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten 12 abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Krankenkassen, wird wie folgt geführt:
1. pseudonymisierte Personalliste mit Angabe der Qualifikation, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit und des darauf beruhenden Vollzeitstellenäquivalentes sowie evtl. des Ein- und Austritts von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern während des Prüfungszeitraumes, und ggf.
 2. ein in entsprechender Weise pseudonymisiertes Lohnjournal für den betreffenden Zeitraum zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte je Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter.

Sofern auf der Grundlage der vorgenannten Unterlagen berechnete Zweifel der vertragsschließenden Krankenkassen an den angegebenen Personalkosten bestehen, sind pseudonymisierte Lohn- und Gehaltsnachweise sowie Auszüge aus den Arbeitsverträgen mit den Regelungen zu den Bezügen vorzulegen. Für die Einreichung der Nachweisunterlagen ist eine angemessene Frist einzuräumen, die vier Wochen ab Zugang des Nachweisverlangens nicht unterschreiten darf. Die Übersendung kann auch in elektronischer Form erfolgen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. Die schriftliche Mitteilung des Prüfungsergebnisses soll innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der angeforderten Unterlagen erfolgen.

§ 39

Gruppen- bzw. Kollektivverhandlungen

- (1) Die unter dem Abschnitt Einzelverhandlungen genannten Grundsätze gelten unter Berücksichtigung der nachfolgenden Besonderheiten auch bei Gruppen- und Kollektivverhandlungen entsprechend.
- (2) Den vertragsschließenden Krankenkassen ist für jeden im Kollektiv vertretenen Fachpflegedienst eine Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen. Sofern eine Krankenkasse sich durch einen Verband oder eine andere Krankenkasse vertreten lässt, legen die Vertretungsberechtigten eine Verhandlungs- und Abschlussvollmacht oder einen Nachweis über die entsprechende Mandatierung vor.
- (3) Es ist ein genereller, für eine repräsentative Anzahl der Fachpflegedienste im Kollektiv geltender Maßstab anzulegen. Bei der Auswahl der repräsentativen Fachpflegedienste (repräsentative Stichprobe) ist sicherzustellen, dass die Vergütung auf der Basis einer realitätsnahen durchschnittlichen Betriebs- und Kostenstruktur der Fachpflegedienste im Kollektiv vereinbart werden kann. Dabei sind regionale Unterschiede und die Vielfalt der Fachpflegedienste des Kollektivs insbesondere im Hinblick auf etwaige Spezialisierungen, die mit besonderen Personalanforderungen verbunden sind, Betriebsgrößen und Personalstrukturen zu berücksichtigen. Das Nähere zum Verfahren der Bestimmung der repräsentativen Stichprobe vereinbaren die Vertragsparteien dieses Vertrages.
- (4) Der Verhandlungsführer der Leistungserbringer legt für die Fachpflegedienste der repräsentativen Stichprobe des Kollektivs eine Kostenkalkulation vor, die auf den tatsächlichen Kostenstrukturen der repräsentativen Fachpflegedienste basiert. Für die Darlegung und Plausibilisierung gelten die Regelungen der §§ 37 bis 38 entsprechend. Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen vereinbaren die Vertragspartner dieses Vertrages.

§ 40

Wegezeiten / Wegevergütung

- (1) Wegezeit ist die Zeit, die für die erste Anfahrt bis zum Betreten des Wohnungs- oder Hauseingangs eines Kunden bzw. bis zur persönlichen Kontaktaufnahme und ab Verlassen des Wohnungs- bzw. Hauseingangs eines Kunden bis zum Betreten des Wohnungs- bzw. Hauseingangs bzw. bis zur persönlichen Kontaktaufnahme des nächsten versorgten Kunden, ebenso am Ende der Einsatztour ab Verlassen des Haus- bzw. Wohnungseingangs eines Kunden bzw. der Beendigung des persönlichen Kontaktes bis zum Fachpflegedienst zurück entsteht.

- (2) Die Wegevergütung beinhaltet die Gestehungskosten gemäß § 36 Abs. 3. Wegezeiten nach Abs. 1 gehen in die Kalkulation der Wegevergütung nach Abs. 4 und 5 nur dann ein, sofern diese Arbeitszeit sind.
- (3) Die Vergütung von Wegezeiten muss ausreichend und zweckmäßig sein und den Fachpflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, die Versorgung zu übernehmen.
- (4) Zur Kalkulation der Vergütung von Wegezeiten haben die Vertragspartner einen durchschnittlichen Versorgungsradius zu vereinbaren. Der durchschnittliche Versorgungsradius des Fachpflegedienstes ist der räumliche Bereich, in dem die Mehrzahl der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen durch den Fachpflegedienst versorgt wird. Grundlage der Kalkulation der Wegevergütung sind die durchschnittlichen empirisch verfügbaren benötigten Wegezeitaufwendungen des Fachpflegedienstes innerhalb des Versorgungsradius (s. Abs. 1). Die Wegevergütungen des Fachpflegedienstes, die innerhalb des vereinbarten Versorgungsradius nach Satz 2 anfallen, können als Bestandteil der Leistungsbewertung oder als separate Pauschalen vereinbart werden. Die Vertragsparteien dieses Vertrages vereinbaren auf dieser Basis die Wegevergütungen.
- (5) Für die Versorgung von Versicherten, die außerhalb des vertraglich vereinbarten Versorgungsradius mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege versorgt werden, haben die Vertragspartner dieses Vertrages Zuschläge für längere Wegezeiten zu vereinbaren.
- (6) In welchen Fällen und in welchem Umfang bei der Erbringung mehrerer Leistungen im Rahmen desselben Einsatzes oder bei der Leistungserbringung für mehrere Versicherte im Rahmen desselben Einsatzes eine Anrechnung der Wegevergütung erfolgt, ist in der Vergütungsvereinbarung zu regeln.
- (7) Die Regelungen über die Wegevergütung gelten entsprechend für kollektivvertragliche Vereinbarungen.

§ 41

Schiedsperson

- (1) Kommt zwischen den Vertragspartnern keine Einigung über die Inhalte dieses Vertrages und die Vergütung der Leistungen zustande, einigen sich die Vertragspartner auf ein Verfahren zur Bestellung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132 a Abs. 4 Satz 9 SGB V, die dann diesen Vertragsinhalt festlegt. Die unabhängige Schiedsperson muss die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen.
- (2) Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von den für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt. Für diesen Fall stimmen die Vertragsparteien darin überein, dass Abs. 1 Satz 2 gilt und die Schiedsperson von den zuständigen Aufsichtsbehörden nicht im Losverfahren zu bestimmen ist.

Kapitel X

- Inkrafttreten -

§ 42

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am «HKP_ab» in Kraft.

§ 43

Kündigung des Vertrages

- (1) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Der Vertrag kann auch nach Abs. 1 gekündigt werden, wenn in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft oder ihrer Vertretung oder des Trägers oder Geschäftsführers des psychiatrischen Fachpflegedienstes Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im psychiatrischen Fachpflegedienst ungeeignet im Sinne der Regelungen des § 12 Abs. 9 Buchstabe a-d ist.
- (3) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 44 haben die vertragsschließenden Krankenkassen das Recht, diesen Vertrag nach § 132 a Abs. 4 SGB V mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

- (4) Werden die Mindestanforderungen gemäß § 12 – 18 dieses Vertrages für mindestens 3 Monate unterschritten, so ist dies den vertragsschließenden Krankenkassen anzuzeigen. Wird die Unterschreitung in den nachfolgenden 3 Monaten nicht behoben, können die Krankenkassen den Vertrag fristlos beenden.
- (5) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (6) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen des Vertrages und seiner Anlagen treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung des Vertrages bedarf.

§ 44

Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstoß gegen gesetzliche und vertragliche Pflichten können die vertragsschließenden Krankenkassen eine Verwarnung oder Abmahnung aussprechen, eine Vertragsstrafe in Geld in Höhe von maximal einem Zwölftel des Jahresumsatzes vor dem Vertragsverstoß verhängen oder den Vertrag kündigen.
- (2) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X werden angewandt. Der psychiatrische Fachpflegedienst ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.
- (3) Als schwere Vertragsverstöße gelten insbesondere:
 - grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder den Krankenkassen, so dass ein Festhalten an einer Vertragsbeziehung nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere dann, wenn
 - sofern der Patient infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommt,
 - die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen gegenüber den Krankenkassen,
 - die Forderung einer Vorquittierung für nicht erbrachte Leistungen,
 - das wiederholte Auftreten von Vertragsverstößen,
 - die gezielte Beeinflussung der Versicherten und Vertragsärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen,
 - die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen oder sonstiger geldwerter Vorteile von den Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag.
- (4) Der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden ist zu ersetzen.

§ 45

Salvatorische Klausel

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

- (2) Auf der Grundlage der Regelung des § 132 a Abs. 1 SGB V vereinbarte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den Bundesverbänden der Leistungsanbieter eine Rahmenempfehlung zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Bei wesentlichen Veränderungen, verpflichten sich die Vereinbarungspartner, evtl. Anpassungen vorzunehmen. Einer Kündigung bedarf es hierzu nicht.

Anlagen:

Anlage 1 – Ermächtigungserklärung zur Abrechnung über Abrechnungsstelle

Anlage 2 – Nachweis über die vertraglichen Voraussetzungen

Anlage 3 – Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

«Einrichtung_Ort», Datum

«Einrichtung_Name»

Vertrag ausgefertigt am 15.10.2021.

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
zugleich handelnd für die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic auch in Vertretung der im Rubrum genannten
anderen Innungskrankenkassen

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Standort Hannover

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

Anlage 1

**zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V für die Häusliche psychiatrische
Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst**

Ermächtigungserklärung nach § 33 Abs. 4 der Vereinbarung

«Einrichtung_Name»

«Einrichtung_Straße»

«Einrichtung_PLZ» «Einrichtung_Ort»

Institutionskennzeichen «IKKennzeichen»

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

Firma

(Name, Anschrift) _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

Beglaubigte Kopien sind vorzulegen
bei der AOK

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Unternehmensbereich Pflege,
Postfach 11 42, 38001 Braunschweig

Kopien sind vorzulegen
bei vdek, BKK, IKK classic und KNAPPSCHAFT

vdek Landesvertretung Niedersachsen,
Schillerstraße 32, 30159 Hannover

BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

IKK classic,
Rotenburger Straße 20, 30659 Hannover

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord,
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

Der SVFLG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
sind keine Unterlagen zu übersenden

NAME DER EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:			IK - NR.: <input style="width: 100px;" type="text"/>
PLZ, ORT, LANDKREIS:			
TELEFON:		FAX:	
EMAIL:			
GESELLSCHAFTSFORM:	<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> anders:		
INHABER:			
GESELLSCHAFTER:			
GESCHÄFTSFÜHRER:			
VERSORGUNGSRADIUS:	(der räumliche Bereich, in dem die Mehrzahl der Kunden versorgt wird)		

Ich bin/ wir sind Mitglied in dem Berufs- /Träger verband:	
---	--

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

CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN:

- Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der Pflegedienstleitungen
 STAATLICHE ANERKENNUNG DER BERUFSBEZEICHNUNG in (beglaubigter) Kopie anliegend
 NACHWEIS DER BERUFSPRAXIS in Kopie anliegend
 NACHWEIS DER WEITERBILDUNG in Kopie anliegend
 Polizeiliche Führungszeugnisse (zur Einsichtnahme)

- Beitritt zur zuständigen Berufsgenossenschaft
 ANTRAG in Kopie anliegend VERSICHERUNGSSCHEIN in Kopie anliegend

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

- Betriebs- / Berufshaftpflicht
 ANTRAG in Kopie anliegend VERSICHERUNGSSCHEIN in Kopie anliegend

ABGESCHLOSSEN AM:		VERS.-NR.:	
BEI:			

AUFLISTUNG DER PERSONALVORHALTUNG

- BERUF: bitte Ziffer eintragen:
- | | | |
|---|---|---|
| ① | = | Gesundheits- und Krankenpflegerin/ -pfleger |
| ② | = | Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ -pfleger |
| ③ | = | Krankenschwester/ -pfleger |
| ④ | = | Kinderkrankenschwester/ -pfleger |
| ⑤ | = | Altenpfleger/ -in |
| ⑥ | = | Pflegefachfrau /-mann |

Psych. Weiterbildung / Berufserfahrung: Bitte Umfang eintragen

- | | | |
|---|---|---|
| ① | = | mind. 700 Std. sozial-/ gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung |
| ② | = | mind. 320 Stunden allgemein- / gerontopsychiatrischer Pflege |
| ③ | = | derzeit in Weiterbildung / zur Weiterbildung angemeldet |
| ④ | = | keine psychiatrische Weiterbildung |
| ⑤ | = | mind. 24 Monate psychiatrische Berufserfahrung |
| ⑥ | = | mind. 12 Monate psychiatrische Berufserfahrung |

VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit	Psych. WB	Handzeichen

ODER: Inhaber / Gesellschafter:

STELLVERTRETENDE VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit	Psych. WB	Handzeichen

ODER: Inhaber / Gesellschafter:

WEITERE FESTANGESTELLTE PFLEGEFACHKRÄFTE

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit	Psych. WB	Handzeichen

ERKLÄRUNG

Die unter Organisatorische Voraussetzungen sowie Praxis- und Betriebseinrichtung in §§ 12 und 13 genannten Materialien sind in meinem / unserem psychiatrischen Fachkrankenpflagedienst vollständig vorhanden und werden entsprechend des Vertrages gehandhabt.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns hiermit, die Kündigung oder den Wechsel der Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung sowie eine Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen unverzüglich und unaufgefordert der Krankenkassen mitzuteilen.

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

Ort

Datum

Unterschrift/en

Stempel der Einrichtung