

**Vertrag gemäß § 132 a SGB V
über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V in Spezialpflegeeinrichtungen der Phase F**

Zwischen

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- gleichzeitig handelnd für den BKK Landesverband Mitte
- gleichzeitig handelnd für den SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Regionalvertretung Nord-Ost, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover -**

**Barmer Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Gmünder ErsatzKasse (GEK)
HEK – Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen**

IKK classic – Landesbereich Vertragspolitik Niedersachsen

Knappschaft - Regionaldirektion Hannover

(nachstehend "Krankenkasse(n)" genannt)

und dem Träger der nachfolgend genannten stationären Spezialpflegeeinrichtung der Phase F:

Name: _____
Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____

(nachstehend „Leistungserbringer“ genannt)

Name der Einrichtung:

Name: _____
Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Institutionskennzeichen: _____

Kapitel I
- Allgemeine Grundsätze -

§ 1
Gegenstand des Vertrages

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen gemäß § 132a SGB V mit häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Behandlung ausschließlich für Bewohner der stationären Spezialpflegeeinrichtung der Phase F, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil
- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
 - die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage zu den Richtlinien über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege) am Tag und in der Nacht erforderlich ist.
- (2) Die Voraussetzungen nach Abs. 1 gelten als erfüllt bei Pflegebedürftigen mit folgenden Schädigungen:
- cerebrale Gefäßkrankheiten (v. a. Schlaganfall),
 - Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (hypoxische Hirnschädigungen, z.B. nach Herz-Kreislauf-Stillstand),
 - traumatische Ereignisse (Unfallfolgen),
 - entzündliche Prozesse (z.B. Encephalitis oder Polyradikulitis),
 - Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS).

Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sowie die Rahmenempfehlung gemäß § 132 a Abs.1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie die Empfehlungen zur Kostenbeteiligung nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für Pflegebedürftige in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem „Phase-F-Konzept“ sind Bestandteil dieses Vertrages.

- (2) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte häusliche Krankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnissen als aktivierende Krankenpflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.
- (3) Der Versorgungsauftrag aus dem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI bleibt hiervon unberührt.

§ 2

Verordnung/Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

- (1) Das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 1 muss vom behandelnden Vertragsarzt auf einer ärztlichen Verordnung (Muster 12) halbjährlich bestätigt werden.
- (2) Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden von der Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung (Muster 12) vorliegt. Als ordnungsgemäß ausgefüllt gilt die ärztliche Verordnung mit der Bestätigung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 1. Aufgrund der Besonderheit des zu versorgenden Personenkreises kann auf eine Unterschrift des Versicherten regelmäßig verzichtet werden.
- (3) Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (4) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist vor dem Tätigwerden des Leistungserbringers der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung und zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes vorzulegen. Für die Prüfung durch den MDK gemäß § 275 SGB V sind ergänzende Unterlagen (z. B. aktuelle Wundberichte, Skalierungen) durch den Leistungserbringer dem MDK unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.
- (5) Kann die Durchführung oder das Ziel der verordneten Leistungen nicht mehr gewährleistet werden, informiert der Leistungserbringer die Krankenkasse und den behandelnden Vertragsarzt unverzüglich.

§ 3

Vergütung / Zuzahlungen

- (1) Die Vergütungen werden gem. Anlage in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung vereinbart.
- (2) Häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden. Verstöße berechtigen die Krankenkassen zur fristlosen Vertragskündigung.
- (3) Die gesetzlichen Zuzahlungspflichten bleiben unberührt.

§ 4

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und/oder dem MDK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 5

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Bei Verstoß gegen Vertragspflichten können die Krankenkassen

- eine Verwarnung,
- Abmahnung oder
- fristgemäße Kündigung

aussprechen.

Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Vertragsverstößen des Leistungserbringers, die zur außerordentlichen Kündigung eines mit diesem für die Erbringung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI bestehenden Versorgungsvertrages berechtigen.

Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt.

Kapitel II **- Vergütung / Abrechnungsverfahren -**

§ 6 **Institutionskennzeichen**

- (1) Für die Leistungen nach diesem Vertrag ist ein gesondertes Institutionskennzeichen gem. § 293 SGB V zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den zuständigen Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 7 **Rechnungslegung**

- (1) Für die Abrechnung der Leistungen nach § 1 gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung in

Verbindung mit der technischen Anlage in der jeweils gültigen Fassung . Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (Verordnungsblätter, im Original),
- ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),

§ 303 Abs. 3 SGB V gilt entsprechend. Über den Einführungstermin des maschinellen Abrechnungsverfahrens in der häuslichen Krankenpflege entscheidet die jeweilige Krankenkasse. Ab dem Zeitpunkt der Einführung sind die folgenden Abrechnungsanforderungen zu beachten. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden ab diesem Zeitpunkt von den Krankenkassen abgewiesen.

- (2) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien einmal im Monat an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

- (3) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben.

Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

- (4) Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen.

Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

- (5) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständigen Krankenkassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, ist mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.

- (6) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 8 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.
- (7) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Kapitel III

- Qualitätsmaßstäbe -

Abschnitt 1

- Qualitätsmanagement und Qualitätsprüfungen -

§ 8

Qualitätsmanagement

Es gelten die Regelungen des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI sowie des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI und die der Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung gem. § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt 2

- Strukturqualität -

§ 9

Verantwortliche Pflegefachkraft, Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Es gelten die Regelungen des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI sowie des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI und die der Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung gem. § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.

§ 10

Pflegefachkräfte

- (1) Es gelten die Regelungen des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI sowie des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI und die der Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung gem. § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet entsprechend qualifiziertes Personal einzusetzen, das für die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

§ 11

Fortbildung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte durch pflegespezifische Fortbildungen sicherzustellen. Zu den Fortbildungen in diesem Sinne zählen interne Maßnahmen (z. B. Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und In-House-Angebote durch interne

Referenten) und externe Maßnahmen (z. B. trägerübergreifende Qualitätszirkel, Seminare, In-House-Angebote durch externe Referenten).

- (2) Die internen und/oder externen Fortbildungsmaßnahmen haben einen Mindestumfang von 20 Stunden pro Pflegefachkraft und Kalenderjahr zu umfassen.
- (3) Art, Inhalt und Umfang der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren und auf Anforderung der Krankenkassen nachzuweisen. Der Teilnahmenachweis beinhaltet mindestens folgende Angaben: Thema der Fortbildung, Zeitpunkt und Dauer, Name und Anschrift der TeilnehmerIn und Name des Schulenden.
- (4) Weist der Leistungserbringer die Fortbildung nicht oder nicht vollständig nach, wird die Krankenkasse ab Folgemonat die Vergütung um 20 % kürzen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist von längstens sechs Monaten zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann.

Abschnitt 3 **- Prozessqualität -**

§ 12 **Pflegeprozess**

Es gelten die Regelungen des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI sowie des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI und die der Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung gem. § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt 4
- Ergebnisqualität -

§ 13
Ergebnisqualität

Es gelten die Regelungen des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI sowie des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI und die der Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung gem. § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.

Kapitel IV
- Zusammenarbeit mit Dritten -

§ 14
Beteiligte

Zur Sicherstellung der Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung wirkt der Leistungserbringer mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.

§ 15
Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim behandelnden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer darf Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Ordnungsweise beeinflussen.
- (3) Der Leistungserbringer berichtet dem behandelnden Vertragsarzt unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege.

- (4) Der Leistungserbringer ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen.

§ 16

Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

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

Kapitel V

– In-Kraft-Treten und Kündigung

§ 17

In-Kraft-Treten

Dieser Vertrag tritt am.....in Kraft.

§ 18

Kündigung

Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres ganz oder teilweise gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 19

Einstellung des Betriebes

Mit der Beendigung des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI endet automatisch dieser Vertrag, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

§ 20

Salvatorische Klausel

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

_____, den _____

AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

- gleichzeitig handelnd f. d. SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse
- gleichzeitig handelnd f. d. BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Niedersachsen-

Träger der Pflegeeinrichtung

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

IKK classic

Knappschaft
Regionaldirektion Hannover

Anlage: Vergütungsvereinbarung