

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

Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V

zwischen

den folgenden Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen

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

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

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

den folgenden Verbänden der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

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

einerseits

und

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

andererseits.

* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Inhaltsverzeichnis

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

Kapitel I - Gegenstand der Vereinbarung

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

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

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

Kapitel II - Eignung des Leistungserbringers

§ 2

Allgemeine Voraussetzungen

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

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

- Filiale

Eine Filiale ist eine eigenständige Organisationseinheit. Als Filiale eines Trägers führt sie die gleichen Geschäfte wie der zugelassene Krankenpflagedienst, von dem sie unabhängig existiert und auf dem Pflegemarkt agiert. Sie organisiert und plant die Pflegeeinsätze, es finden Dienstbesprechungen statt. Die Filiale präsentiert sich mit gezielter Außendarstellung und aktiver Werbung in der Öffentlichkeit und führt ihre Geschäftstätigkeit selbständig. Für die Filiale ist mit der Anlage 4 der Nachweis der Zulassung zu führen.

- Interne Anlaufstelle

Diese Organisationseinheit ist unselbständig und in jeder Hinsicht abhängig von der „Mutter“, hier dem zugelassenen Krankenpflagedienst bzw. der Filiale. Sie dient ausschließlich der Optimierung der inneren Arbeitsabläufe (zum Beispiel Schlüsselverwaltung, Lagerung von Pflegehilfsmitteln). Die Anlaufstelle verfügt weder über eine eigene Verwaltung noch über ein eigenes Institutionskennzeichen. Ebenfalls finden in der Anlaufstelle keine Dienstbesprechungen statt,

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

- Beratungsstelle

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

§ 3

Nachweise im Beitrittsverfahren

(1) Der Träger des Krankenpflegedienstes, im folgenden Leistungserbringer genannt, weist bei den Landesverbänden der Krankenkassen¹ im Rahmen des Beitrittsverfahrens mit der Anlage 4 unter Beifügung folgender Unterlagen (für die Buchstaben g) und i) genügt die Erklärung auf der Anlage 4) die Voraussetzungen dieser Vereinbarung nach:

1. Organisatorische Voraussetzungen:

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

2. Personelle Voraussetzungen:

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

¹ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

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

(2) Der Antrag (Anlage 4) ist nicht erforderlich in Fällen von Formwechsel nach §§ 190 ff. UmwG und Kapitalerhöhung einer UG im Rahmen des GmbHG, Umwandlung nach Maßgabe des Nds. Kommunalverfassungsgesetzes, Verlegung des Geschäftssitzes innerhalb von Niedersachsen (§ 22 Abs. 6). Erforderlich ist eine Anzeige bei den Landesverbänden der Krankenkassen².

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

§ 4

Praxis- und Betriebseinrichtung

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

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

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

§ 5

Personelle Voraussetzungen

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

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

² Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

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

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

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

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

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

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

(5) Der Einsatz freiberuflich tätiger Pflegekräfte ist ausgeschlossen.

§ 6

Fachliche Leitung

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

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

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

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

³ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

Voraussetzungen nach d) ist hierfür im Einzelfall eine Übergangsregelung mit den Vertragspartnern⁴ zu treffen. Mit der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen sollte spätestens sechs Monate nach Aufnahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft begonnen worden sein.

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

§ 7

Pflegekräfte

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

Als Pflegekräfte gelten staatlich anerkannte

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

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

Kapitel III

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung

§ 8

Qualitätssicherung

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

(2) Der Leistungserbringer erklärt und weist bei Antragstellung und danach auf Anfrage gegenüber der Krankenkasse⁵ nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt. Ein personeller Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. ihrer Vertretung wird der Krankenkasse unverzüglich angezeigt.

⁴ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

⁵ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

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

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

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

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

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

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

§ 9

Fort- und/oder Weiterbildung

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

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

(3) Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse⁶ im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen oder einen vertragsschließenden Landesverband der Krankenkassen im Namen aller Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch den Leistungserbringer. In diesem sind die Vor- und Nachnamen der Beschäftigten, Thema, Umfang - in Zeitstunden - und die Termine der Fort- und/oder Weiterbildungen aufzuführen. In begründeten Fällen können auch über den Nachweiszeitraum hinaus Nachweise oder Teilnahmebescheinigungen angefordert werden.

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

⁶ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

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

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

§ 10 **Qualitäts-/ Abrechnungsprüfungen**

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

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

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

§ 11 **Erbringung der Leistungen**

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

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

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

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

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

§ 11a Qualifikationsvoraussetzung zur Leistungserbringung

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

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

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

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

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

Krankenpflagedienste sind nicht verpflichtet, Mitarbeitende ohne formale Qualifikation einzusetzen.

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

Damit liegt die Verantwortung für

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

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

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

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

Über die Feststellung der materiellen Qualifikation führt der Pflegedienst einen Nachweis mit folgenden Inhalten (dieser ist den Krankenkassen⁸ auf Anforderung vorzulegen):

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

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

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

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

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

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

⁸ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

§ 12

Art, Umfang und Nachweis der Leistungen

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

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Krankenpflegedienstes
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers
- Art und Anzahl der verordneten und genehmigten, tatsächlich erbrachten Leistungen
- Tag und Uhrzeit des Beginns und des Endes des Einsatzes⁹
- Handzeichen der Pflegekraft pro Einsatz

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

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

§ 13

Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen und Beanstandungen

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

(2) Der Rechnung ist der Leistungsnachweis nach § 12 beizufügen.¹²

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 14

Zahlungsfrist

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

§ 15

Datenträgeraustausch

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

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

§ 16

Vergütung der Leistungen

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

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

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

Kapitel V

- Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson

§ 17

Datenschutz und Schweigepflicht

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

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

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

§ 18

Vertragsverstöße

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

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

sowie

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

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

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

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

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

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

§ 19

Beilegung von Meinungsverschiedenheiten

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

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

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

§ 20

Regelungen zur Schiedsperson

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

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

Kapitel VI - Inkrafttreten

§ 21

Beitritt zur Vereinbarung

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

(2) Der Leistungserbringer weist gegenüber den Krankenkassen¹³ nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt (Anlage 4).

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

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

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

Als ungeeignet gilt insbesondere, wer

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

§ 22

Beendigung des Beitritts

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

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

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

¹³ Siehe Protokollnotiz zum Federführungsprinzip der Krankenkassen.

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

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

(6) Der Beitritt endet durch:

- Betriebsaufgabe,
- Änderung der Trägerschaft

Kein Trägerwechsel liegt in folgenden Fällen vor:

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

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

§ 23

Vereinbarungsdauer

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

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

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

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

§ 24

Bundesrahmenempfehlung

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

§ 25

Salvatorische Klausel

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

Anlagen

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

Protokollnotizen

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

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

Protokollnotiz zu § 11a Abs. 1 dieser Vereinbarung

Auf Krankenpflegehelferinnen/ -helfer, die am 31.12.2013 bei einem der Rahmenvereinbarung beigetretenen Pflegedienst beschäftigt sind, findet § 7 Abs.1 des Rahmenvertrages vom 01.03.2008 weiterhin Anwendung¹⁴.

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

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

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

Protokollnotiz zu § 13 Abs. 4 dieser Vereinbarung

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

Protokollnotiz zu § 21 dieser Vereinbarung:

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

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

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

Von den folgenden Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e.V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e.V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e.V.

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

Caritasverband für die Diözese Hildesheim e.V.

Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.

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

Diakonisches Werk in Niedersachsen e.V.

Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.

Die in der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zusammengeschlossenen Trägerverbände

Niedersächsischer Landkreistag e.V.

Niedersächsischer Städtetag e.V.

Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund e.V.

Von den folgenden Verbänden der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und ambulanter Dienste e.V.

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

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Die niedersächsischen Krankenkassen bzw. deren Landesorganisationen

AOK Niedersachsen.– Die Gesundheitskasse.

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord,
Standort Hannover

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

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