

Rahmenvertrag gemäß §§ 132 a SGB V und 132 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe im Saarland

zwischen

- AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland, Saarbrücken,
- BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz,
- Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Saarbrücken, Saarbrücken,
- Innungskrankenkasse des Saarlandes, Saarbrücken,
- Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Saarbrücken,
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Landesvertretung Saarland, Saarbrücken
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Landesvertretung Saarland, Saarbrücken,

als Landesverbände der Krankenkassen im Saarland

- **einerseits**

und

den Mitgliedsverbänden der Saarländischen Pflegegesellschaft e. V. im folgenden benannt:

- Arbeiterwohlfahrt (AWO) Landesverband Saarland e. V., Saarbrücken
- Caritasverband (CV) für die Diözese Speyer e. V., Speyer
- Caritasverband (CV) für die Diözese Trier e. V., Trier
- Diakonisches Werk (DW) der Evangelischen Kirche im Rheinland e. V., Neunkirchen
- Diakonisches Werk (DW) der Evangelischen Kirche der Pfalz e. V., Speyer
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV) Landesverband Rheinland Pfalz/Saarland e. V., Saarbrücken
- Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Saarland e. V., Saarbrücken
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Landesverband Saarland e. V., Saarbrücken
- Verband der frei- und hauptberuflich tätigen Alten- und Krankenpfleger/innen im Saarland e. V., Saarbrücken
- Saarländischer Städte- und Gemeindetag, Saarbrücken

sowie

- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Wiesbaden

- **andererseits**

Präambel

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen im Saarland sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegedienste maßgeblichen Spitzenorganisationen im Saarland haben aufgrund § 132 und § 132 a in Verbindung mit § 92 Abs. 7 SGB V diesen Rahmenvertrag partnerschaftlich mit dem Ziel erarbeitet, eine bedarfsgerechte und qualitativ gleichwertige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten, die es den Krankenkassen und den Leistungserbringern ermöglicht, auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

Zwischen den vertragschließenden Parteien besteht Einigkeit, dass dieser Vertrag keine Anwendung auf die Erbringung der Leistungen "Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke" entfaltet.

Kapitel I

§ 1 Gegenstand der Rahmenvereinbarung

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit häuslicher Krankenpflege regelt dieser Rahmenvertrag insbesondere:

- (1) Allgemeine Grundsätze (Kapitel II, §§ 2 bis 6)
- (2) Inhalt der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung (Kapitel III, §§ 7 bis 10)
- (3) Eignung der Leistungserbringer (Kapitel IV, §§ 11 bis 26)
- (4) Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel V, §§ 27 bis 29)
- (5) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten (Kap. VI, §§ 30 bis 33)
- (6) Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (Kapitel VII, §§ 34 bis 36)
- (7) Vergütung der Leistungen und Abrechnungsverfahren (Kapitel VIII, §§ 37 und 38)
- (8) Schlussbestimmungen (Kapitel IX, §§ 39 bis 42)

Kapitel II - Allgemeine Grundsätze -

§ 2 Ziele der häuslichen Krankenpflege

- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnissen entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Die Leistungserbringer nach § 11 (Pflegedienste) erbringen häusliche Krankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung
 - zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder
 - zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, 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 häuslichen Krankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu erlauben sowie die ambulante, ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ziel zu sichern. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern.
- (4) Durch Kooperation aller im Pflegeprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (5) Die Beteiligten haben auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

§ 3 Leistungsgrundlagen

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung des behandelnden Vertragsarztes. Für die Verordnung hat der Arzt § 27 BMV-Ä bzw. die entsprechenden Regelungen im Arzt-/Ersatzkassenvertrag und die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gem. § 92 Abs. 7 SGB V zu beachten (vgl. Muster gemäß Anlage 2). Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (2) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist vor dem Tätigwerden des Pflegedienstes der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes vorzulegen.
Die Krankenkasse übernimmt bei Nicht-Genehmigung vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung (Nummer 10 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Absatz 7 SGB V) zur Wahrung der Frist in der jeweiligen von der Krankenkasse akzeptierten Übermittlungsform am zweiten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenzusage). Ist in begründeten Fällen, die nicht vom Pflegedienst 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,
 - wenn für den Pflegedienst offensichtlich erkennbar die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist,¹⁾
 - wenn Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung verordnet wurden, es sei denn die Satzung der Krankenkasse sieht solche Leistungen vor, oder wenn diese Leistungen nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI verordnet wurden oder
 - wenn Leistungen zu Lasten einer nicht zuständigen Krankenkasse verordnet wurden.
- (3) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte häusliche Krankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnissen als aktivierende Pflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.

¹⁾ Die Beurteilung darüber, ob die Leistung nach § 37 Absatz 3 SGB V "offensichtlich erkennbar" ausgeschlossen ist, liegt beim Pflegedienst.

§ 4 Eigenverantwortung

- (1) Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte in dem Umfang, in dem sie oder eine im Haushalt lebende Person die Leistungen selbst nicht durchführen können.
- (2) Die Erbringung der häuslichen Krankenpflege ist unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten darauf auszurichten, dass der Versicherte bzw. eine im Haushalt lebende Person durch Anleitung in die Lage versetzt wird, diese Leistungen selbst zu erbringen und dadurch die Selbstversorgungskompetenz wieder zu stärken.

§ 5 Wahl des Pflegedienstes

Der Versicherte ist in der Wahl des Pflegedienstes frei. Wählt er einen Pflegedienst außerhalb seines Wohn- oder Aufenthaltsortes, kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen.

§ 6 Datenschutz

Der Pflegedienst und die Krankenkasse verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten) sicherzustellen. Der Pflegedienst unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und seines Umfeldes der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Pflegedienst und die Krankenkasse haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese Verpflichtung zu dokumentieren. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85 a SGB X bleiben unberührt.

Kapitel III - Inhalt der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung -

§ 7 Inhalt der häuslichen Krankenpflege

- (1) Zur Vermeidung oder zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, umfasst die häusliche Krankenpflege die im Einzelfall notwendige Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
- (2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erbringt der Pflegedienst als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege mit dem Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können hierbei nur im Rahmen der Satzungsbestimmungen der Krankenkassen erbracht werden, allerdings nicht für anerkannt Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI.

- (3) Inhalt und Abgrenzung der Leistung ergeben sich aus der Anlage 1.
- (4) Alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Pflegeplanung und Pflegedokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege sowie die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten.
- (5) Die Leistungen werden
 - als Anleitung oder als Beaufsichtigung bzw. Mithilfe mit dem Ziel der Selbstvornahme durch den Versicherten oder eine im Haushalt lebende Person,
 - als Anleitung oder als Beaufsichtigung zur Orientierung des Versicherten in Zeit und Raum
oder
 - durch völlige Übernahme durch die Pflegefachkraft/Pflegekraft
erbracht.

§ 8 Behandlungspflege

Behandlungspflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen die Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die auf der Grundlage einer medizinischen Indikation im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes aufgrund einer ärztlichen Verordnung an Pflegefachkräfte nach § 20 delegiert werden.

§ 9 Grundpflege

Grundpflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen die Grundverrichtungen des täglichen Lebens, die von Pflegefachkräften/Pflegekräften nach §§ 20, 21 aufgrund ärztlicher Verordnung dann erbracht werden, wenn der Versicherte grundlegende Lebensaktivitäten krankheitsbedingt nicht mehr selbst durchführen kann.

§ 10 Hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfe

- (1) Zur hauswirtschaftlichen Versorgung durch den Pflegedienst gehören nach ärztlicher Verordnung die Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind, um in diesem Haushalt die häusliche Krankenpflege durchführen zu können. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist ausschließlich auf die Versorgung des Versicherten gerichtet.
- (2) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, §§ 24, 37, 40, 41 SGB V oder wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

- (3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- (4) Ansonsten gelten die Satzungsbestimmungen der jeweiligen Krankenkasse.
- (5) Haushaltshilfe wird durch geeignete Einsatzkräfte erbracht. Die Einsatzkräfte müssen nach ihrer Ausbildung oder ihrer besonderen Eignung in der Lage sein, den an der Haushaltsführung verhinderten Versicherten zu vertreten und während der Zeit der Vertretung die im Haushalt notwendigen Arbeiten, einschließlich der Pflege und Erziehung der Kinder, selbständig wahrzunehmen. Über den Einsatz der geeigneten Einsatzkräfte entscheidet die Einsatzleitung des Leistungserbringers.

Kapitel IV

- Eignung der Leistungserbringer -

Abschnitt 1

- Zugang -

§ 11

Pflegedienst

- (1) Leistungserbringer für die häusliche Krankenpflege sind:
 - a) Pflegedienste freigemeinnütziger Träger
 - b) Pflegedienste privater Träger
 - c) Pflegedienste öffentlicher Träger

Unabhängig von ihrer Trägerschaft werden die Leistungserbringer im folgenden einheitlich als Pflegedienst bezeichnet.
- (2) Ein Pflegedienst 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 häuslicher Krankenpflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.
- (3) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege hat der Pflegedienst Anforderungen an die Struktur- (§§ 15 - 21), Prozess- (§§ 22 - 25) und Ergebnisqualität (§ 26) zu erfüllen.

§ 12 Versorgungsvertrag

- (1) Pflegedienste, die die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllen, erhalten mit dem Abschluss eines Vertrages nach §§ 132 a Abs. 2 und 132 Abs. 1 SGB V die Berechtigung häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V zu Lasten der vertragschließenden Krankenkasse zu erbringen.
- (2) Der Pflegedienst stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Einzugsbereich mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege sicher.
- (3) Für räumlich getrennte Filialen, Außenstellen und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbständig sind.
- (4) Der Vertrag kann abgelehnt oder gekündigt werden, wenn in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft oder ihrer Vertretung sowie des Leiters/Trägers des Pflegedienstes Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im Pflegedienst im Sinne der HeimPersV in der Fassung vom 19. Juli 1993 ungeeignet ist.

§ 13 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstoß gegen Vertragspflichten kann die Krankenkasse eine Verwarnung, Abmahnung oder Kündigung aussprechen.
- (2) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus dem Vertrag nach § 12, ist der Leistungserbringer schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X werden angewandt. Er hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Schreibens Folge zu leisten. Der Leistungserbringer ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.
- (3) Als schwere Verstöße können insbesondere gelten:
 - grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder der Krankenkasse, so dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere dann,
 - wenn der Patient infolge vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Pflichtverletzung zu Schaden kommt oder
 - nicht erbrachte Leistungen in Betrugsabsicht gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden oder
 - der Pflegedienst Pflegeaufträge annimmt und gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile an Dritte (Vermittlung) weitergibt.
 - Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen durch Versicherte. ¹⁾

¹⁾ Die Privatabrechnung erbrachter Leistungen, die vom Arzt verordnet, von der zuständigen Krankenkasse aber nicht genehmigt wurden, ist keine Annahme von Zuzahlungen im Sinne dieses Paragraphen. Beabsichtigt der Pflegedienst, von der Möglichkeit der Privatabrechnung Gebrauch zu machen, hat er die Patienten im Voraus über ihre mögliche Zahlungsverpflichtung zu informieren.

§ 14

Kündigung des Versorgungsvertrages

- (1) Der Versorgungsvertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes - von den Krankenkassen jedoch nur aus wichtigem Grund - mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Bei Fehlen der organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 15 ist eine Kündigung seitens der Krankenkassen nur möglich, wenn der Pflegedienst nicht nur vorübergehend diese Voraussetzungen nicht erfüllt hat.
- (2) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 13 hat die Krankenkasse das Recht, den Versorgungsvertrag nach § 12 mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
- (3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Abschnitt 2

- Strukturqualität -

§ 15

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Pflegedienst ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege/Haushaltshilfe selbst sicherstellt. Der Pflegedienst muss ständig erreichbar sein. Soweit der Pflegedienst die fachlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, hat er die Versorgung abzulehnen.
- (2) Der Pflegedienst muss über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen.
- (3) Der Pflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die die Pflegekräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.
- (4) Der Pflegedienst hat der zuständigen Krankenkasse vor Vertragsschluss schriftlich und verbindlich folgende Nachweise vorzulegen:
 - a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden (z. B. Gesundheitsamt, Finanzamt)
 - b) Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft
 - c) Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird.
 - d) Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie die Leiter des Pflegedienstes/ Inhaber

e) Angaben über die Gesellschafter des Pflegedienstes

bei der Rechtsform:

- einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR):

Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,

- einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH),

Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts,

- eines eingetragenen Vereins (e. V.):

Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister,

- für andere Gesellschaftsformen (z. B. OHG, KG, AG, Partnergesellschaften sowie Mischformen) und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend.

f) Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 20.

g) Arbeitsverträge der beschäftigten Pflegekräfte ab Beschäftigungsbeginn im Pflegedienst bzw. eine jeweils von Arbeitnehmer und Arbeitgeber unterschriebene Bescheinigung über das Beschäftigungsverhältnis gemäß Anlage 3.

h) Sozialversicherungsnachweise der beschäftigten Pflegekräfte ab Beschäftigungsbeginn im Pflegedienst

i) entsprechende Arbeitsbescheinigungen und Sozialversicherungsnachweise der PDL, die belegen, dass sie ihren Beruf innerhalb der letzten 6 Jahre mindestens 3 Jahre hauptberuflich ausgeübt hat

j) Institutionskennzeichen des jeweiligen Pflegedienstes

k) vom Arbeitsamt vergebene Betriebsnummer

Wesentliche Änderungen sind der zuständigen Krankenkasse zeitnah bekannt zu geben. Der Pflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Auf Wunsch ist der Krankenkasse eine Kopie dieser Unterlagen zu übermitteln.

- (5) Der Pflegedienst 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.

§ 16 Praxis- und Betriebseinrichtung

- (1) Alle in der häuslichen Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Der Pflegedienst hat
- a) eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
 - b) eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (2) Der Pflegedienst ist verpflichtet, für die Akutversorgung insbesondere folgende Sachmittel vorzuhalten:
- auf jeder Tour:
 - Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Schere und Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe
 - Blutzuckermessgerät
 - Darmrohr, Irrigator mit Zubehör und Klyisma,
 - Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
 - im Pflegedienst:
 - Steckbecken, Urinflasche mit Halter
 - Krankenunterlagen, Windeln und Zellstoff
 - Urinbeutel
 - sterile Kochsalzlösungen in den üblichen Konzentrationen und steriles destilliertes Wasser
 - Infusionsständer

Die in der Behandlungspflege notwendigen und allgemein üblichen Einmalartikel und Pflegematerialien sind zur Überbrückung der Zeit bis zur ärztlichen Verordnung vorrätig zu halten. Sie werden mit dem vom Arzt verordneten Material verrechnet.

- (3) Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 33 SGB V bleiben unberührt.

§ 17 Fachliche Anforderungen

- (1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass die vom Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft nach § 18 erbracht werden.
- (2) Er gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dazu fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden.
- (3) Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
 - die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Pflegekräfte,
 - die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
 - die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.
- (4) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft, der Pflegefachkräfte und der Pflegekräfte durch berufsbezogene Fort-/ Weiterbildung sicherzustellen, zu dokumentieren und diese auf Anforderung der Krankenkasse nachzuweisen.
- (5) Die Durchführung der häuslichen Krankenpflege durch freie Mitarbeiter ist unzulässig.

§ 18

Verantwortliche Pflegefachkraft für häusliche Krankenpflege

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft für häusliche Krankenpflege erfüllen Personen, die

- a) entweder die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger", "Kinderkrankenschwester" oder "Kinderkrankenpfleger" entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung besitzen
- b) oder die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpflegerin" oder "Altenpfleger" entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung besitzen und eine Zusatzqualifikation von mindestens 60 Stunden in der Krankenpflege erworben haben (siehe Protokollnotiz)
- c) und innerhalb der letzten sechs Jahre mindestens drei Jahre eine praktische, hauptberufliche (Vollzeit¹) Tätigkeit² nach erteilter Erlaubnis in der unter a) oder b) genannten Berufe in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei mindestens ein Jahr auf eine hauptberufliche (Vollzeit¹) Tätigkeit im ambulanten pflegerischen Bereich entfallen muss (Sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigungen sind in dem zeitlichen Rahmen von sechs Jahren entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen)
- d) und in dem Pflegedienst hauptberuflich (Vollzeit¹) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen; die Voraussetzung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter oder als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonissen oder Kirchenbeamte im jeweiligen Pflegedienst hauptberuflich tätig sind
- e) und den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen oder eine abgeschlossene Ausbildung im Rahmen eines Studienganges Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität erworben haben; bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers im Einzelfall Ausnahmen zugelassen werden.

¹ Als vollzeitlich ist dabei die üblicherweise für diese Berufsgruppen im öffentlichen Dienst volle tarifvertragliche Arbeitszeit anzusehen.

² Beschäftigungszeiten/ Tätigkeiten sind im Rahmen dieses Vertrages nur im Sinne von Zeiten tatsächlicher regelmäßiger Arbeitsleistung zu verstehen.

§ 19 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub oder Kündigung), der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.
- (2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gemäß § 18 Buchstabe a) bis d) zu erfüllen.
- (3) Die Funktion der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft kann auch von zwei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräften, deren Arbeitszeit in der Summe mindestens der einer Vollzeitkraft entspricht, ausgeübt werden.

§ 20 Pflegefachkräfte

- (1) Der Pflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens eine weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkraft (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger) zu beschäftigen. Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.
- (2) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Abs. 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen.

§ 21 Pflegerkräfte

Der Pflegedienst kann neben Pflegefachkräften nach § 20 zur Erfüllung der Aufgaben nach §§ 9 und 10 weitere Pflegeträfte beschäftigen.

Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- Haus- und Familienpflegehelferinnen und -helfer,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- Dorfhelferinnen/Dorfhelfer,
- Familienbetreuerinnen/Familienbetreuer,
- im Bereich der Behindertenhilfe staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilerzieherinnen und Heilerzieher sowie Heilpädagoginnen/Heilpädagogen.

Hilfskräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

Abschnitt 3

- Prozessqualität -

§ 22

Leistungserbringung

- (1) Die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sind in die Leistungserbringung einzubeziehen. Die Leistungen sind soweit wie möglich aktivierend zu erbringen. Dabei sind der Versicherte und seine Angehörigen zu beteiligen sowie durch Beratung, Anleitung und Information in einzelne – von ihnen durchzuführende - behandlungspflegerische Tätigkeiten einzuführen. Auf Wunsch des Versicherten kann auch eine andere Bezugsperson beteiligt werden.
- (2) Soweit nach Auffassung des Pflegedienstes die vom Arzt verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht mehr erforderlich oder nicht ausreichend sind, ist der behandelnde Arzt unverzüglich zu informieren.

§ 23

Maßnahmeplanung

- (1) Der Pflegedienst erstellt bei Leistungsbeginn im Rahmen des ersten Besuchs eine Maßnahmeplanung.
- (2) Im Falle der Verordnung von Grundpflege, Anleitung zur Grundpflege oder Anleitung zur Behandlungspflege umfasst diese Maßnahmeplanung eine Kurzbeschreibung der Ressourcen und Probleme des Patienten und entsprechende Pflegemaßnahmen.
- (3) Die Maßnahmeplanung bei der Behandlungspflege beinhaltet die Planung der organisatorischen und inhaltlichen Durchführung der behandlungspflegerischen Tätigkeiten.

§ 24

Pflegedokumentation

- (1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes, dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist, von begründeten Ausnahmefällen abgesehen, beim Versicherten aufzubewahren.
- (2) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen verwendet werden. Sofern in der Pflegedokumentation die Dokumentation der Vitalzeichen sowie anderer Parameter nicht vorgesehen ist, sind geeignete Verlaufsprotokolle vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen.
- (3) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und – soweit ein Verdacht auf einen Verstoß gegen die Regelungen des § 13 besteht und der Versicherte eingewilligt hat (§ 67b Abs.1 SGB X) - auf Anforderung der Krankenkasse zugänglich zu machen. Der Pflegedienst hat auf Anforderung die Pflegedokumentation zuzusenden; in diesem Fall erfolgt eine Kostenerstattung gemäß dem Preisverzeichnis.

- (4) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 25 Pflegeteams

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

Abschnitt 4 - Ergebnisqualität -

§ 26 Ergebnisqualität

Das Ergebnis der grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen. Dabei sind auch das soziale und räumliche Umfeld, in dem die Maßnahmen durchgeführt werden, sowie die Leistungen der anderen an der Maßnahme Beteiligten zu berücksichtigen. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Kapitel V - Maßnahmen zur Qualitätssicherung -

§ 27 Qualitätssicherung

- (1) Qualitätssicherung ist in interne und externe Maßnahmen zu unterscheiden.
- (2) Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jeden Pflegedienst und umfasst die diesbezüglichen Maßnahmen der Pflegedienste zur Qualitätssicherung. Jeder Pflegedienst ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich.
- (3) Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

§ 28 Maßnahmen

- (1) Der Träger des Pflegedienstes 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 Pflegedienst dokumentiert und aufbewahrt.
- (4) Die Pflegedienste haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung der Krankenkasse nachzuweisen.

§ 29

Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

- (1) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen.
- (2) Dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, ist die Durchführung, der Gegenstand, der Umfang sowie der Zeitpunkt der Prüfung mitzuteilen.
- (3) Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zum Pflegedienst zu gewähren.
- (4) Vom Träger des Pflegedienstes oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (5) Grundlage der Prüfung sind insbesondere
 - die Pflegedokumentation nach § 24,
 - die Personaleinsatzpläne nach § 15 Abs. 5,
 - die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals
 - Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Dokumentationen pflegerischer Themen in Dienstbesprechungen),
 - Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise.
- (6) Diese Unterlagen sind drei Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.
- (7) Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, aus dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht möglichst innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss der Prüfung dem Träger des Pflegedienstes zu.

Kapitel VI

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

§ 30

Allgemeines

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der Pflegedienst mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der Krankenkasse des Versicherten eng

zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.

- (2) Der Pflegedienst darf Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflussen.

§ 31 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim behandelnden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der Pflegedienst berichtet dem behandelnden Vertragsarzt unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege.
- (3) Wird der Pflegedienst vom Vertragsarzt, der Krankenkasse oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue pflegerelevante Befunde informiert, hat der Pflegedienst diese Information unverzüglich zu berücksichtigen.
- (4) Der Pflegedienst ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen.

§ 32 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus (Überleitungspflege)

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

§ 33 Pflegebedürftigkeit

Ist nach Auffassung des Pflegedienstes der Versicherte erheblich pflegebedürftig, hat aber noch keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, weist der Pflegedienst auf die erforderliche Antragstellung hin.

Kapitel VII

- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung -

§ 34 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen der Pflegedienste 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 die Pflegedienste nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen; eine orts- und bürgernahe Versorgung soll gewährleistet werden.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist der behandelnde Vertragsarzt umgehend zu informieren.

§ 35 Buchführungs- und Rechnungswesen

Pflegedienste haben die Grundsätze der Buchführung nach den Regeln des HGB zu beachten. In der Regel führen sie ihre Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung.

§ 36 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Pflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (2) Die Krankenkasse bestellt einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse den Sachverständigen alleine bestellen.
- (3) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes bzw. dem Verband, dem der Träger des Pflegedienstes angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 2 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von der Krankenkasse 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 Pflegedienst 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, Pflegedokumentationen gemäß § 24, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Pflegeleistungen der Leistungsträger und die Mitarbeiterdokumentation gem. § 15 Abs. 5. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Pflegedienst 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 Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes sind über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren und ggf. anzuhören. Auf Wunsch händigt die Krankenkasse dem Pflegedienst den Prüfbericht aus.

Kapitel VIII

- Vergütung der Leistungen und Abrechnungsverfahren -

§ 37

Vergütung der Leistungen

Die Vergütung der Leistungen richtet sich nach der gesonderten Vergütungsvereinbarung.

§ 38

Rechnungslegung

- (1) Bis die Datenübermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt, gelten die bisherigen, nachfolgend wiedergegebenen Regelungen weiter.
- (2) Die Rechnungen über die ausgeführten Leistungen sind nach Abschluss der vertraglichen Leistungen bei der Krankenkasse einzureichen, und zwar getrennt nach:
 - a) Mitgliedern ohne Rentner (M)
 - b) Familienangehörige dieser Mitglieder (F)
 - c) Rentner und ihre Familienangehörige (R)
 - d) zugeteilte Personenkreise (z. B. Anspruchsberechtigte nach dem BVG, BEG, HHG),
 - e) Grenzgänger
 - f) Betreute nach dem BSHG.
- (3) Bei länger dauernden Leistungsfällen können Zwischenabrechnungen für einen Zeitraum von mindestens einem Monat/höchstens drei Monaten eingereicht werden.

- (4) Für den Personenkreis der Zugeteilten nach Absatz 2 Buchstabe d) und Grenzgänger nach Absatz 2 Buchstabe e) sind Einzelrechnungen einzureichen.
- (5) Die ärztlichen Verordnungen und die Leistungsnachweise sind den Rechnungen beizufügen.
- (6) Leistungen werden nur vergütet, wenn der Versicherte, ein Angehöriger oder Vertreter den Empfang der Leistungen mit seiner Unterschrift auf dem Leistungsnachweis bestätigt.
- (7) Die Krankenkasse kann gegenüber Einrichtungen, die mittels EDV abrechnen, auf die unterschriftliche Bestätigung der Ausführung der Leistung verzichten, wenn die Einrichtung folgende Erklärung abgibt:

Die vorstehend aufgeführten Leistungen werden tatsächlich erbracht. Deren Übereinstimmung mit der Leistungskarte und die unterschriftliche Bestätigung des Leistungsempfangs durch den Anspruchsberechtigten werden hiermit versichert. Die zuständige Krankenkasse ist jederzeit berechtigt, die Leistungskarte mit den Unterschriften einzusehen.
- (8) Die Krankenkasse kann die Bezahlung von Leistungen verweigern, soweit und solange die Unterlagen (Absatz 2 bis 7) nicht beigebracht sind.
- (9) Nach Ablauf von zwölf Monaten seit Abgabe der Leistungen kann von der Krankenkasse keine Vergütung mehr gefordert werden.
- (10) Die Krankenkasse zahlt die Rechnung grundsätzlich innerhalb von vier Wochen nach Eingang.
- (11) Es gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V sowie die hierzu erstellten Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, sobald mit der bundesweiten Umsetzung der im Bundesanzeiger veröffentlichten Richtlinien begonnen wird.
- (12) Die Vertragspartner können im gegenseitigen Einvernehmen auch abweichende Regelungen treffen.

Kapitel IX

- Schlussbestimmungen -

§ 39

Inkrafttreten

Dieser Rahmenvertrag tritt am 01. Juli 2003 in Kraft.

§ 40 Kündigung des Rahmenvertrages


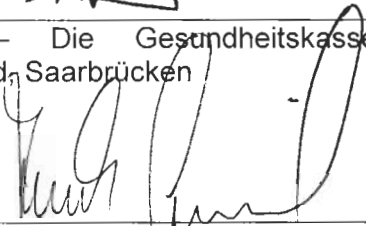
- (1) Der Rahmenvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden, frühestens zum 31. Dezember 2006.
- (2) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) ist unter Einhaltung der dort genannten Kündigungsfristen gesondert kündbar.

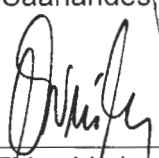
§ 41 Salvatorische Klausel

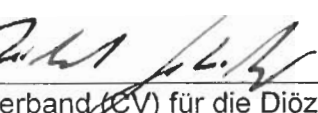
Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich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

§ 42 Übergangsregelung

Der Pflegedienst weist die personellen Bedingungen und Voraussetzungen bis zum 31. März 2004 nach. Sind die entsprechenden Nachweise bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfüllt, endet die Berechtigung zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag am 31. März 2004, ohne dass es einer Kündigung bedarf.


 AOK – Die Gesundheitskasse im
 Saarland, Saarbrücken
 Datum: 

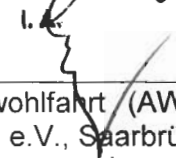
IKK des Saarlandes, Saarbrücken
 Datum: 


VdAK/AEV e. V., Landesvertretung
 Saarland, Saarbrücken
 Datum: 

Caritasverband (CV) für die Diözese Trier
 e. V., Trier
 Datum: 11/19/2003


 (Benz-Vorstandsvorsitzender)
 BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und
 Saarland, Mainz
 Datum: 

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und
 Saarland, Saarbrücken
 Datum: 16. JAN. 2004

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle
 Saarbrücken
 Datum: 22. DEZ. 2003
 Die Geschäftsführung
 i. A. 

Arbeiterwohlfahrt (AWO), Landesverband
 Saarland e.V., Saarbrücken
 Datum: 

Verband Deutscher Alten - und
Behindertenhilfe e.V., Landesverband
Saarland, Saarbrücken

Datum: 11.09.03

Diakonisches Werk (DW) der
Evangelischen Kirche der Pfalz e. V.,
Speyer

Datum:

Caritasverband (CV) für die Diözese
Speyer e. V.,

Datum: 10.10.2003

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband
Saarland e. V., Saarbrücken

Datum:

7.11.03

Bundesverband Privater Anbieter sozialer
Dienste e. V., Wiesbaden

Datum:

Verband der frei- und hauptberuflich tätigen
Alten- und Krankenpfleger/innen im Saarland
e. V., Saarbrücken

Datum: 11.03.2003

Diakonisches Werk (DW) der Evangelischen
Kirche im Rheinland e. V., Neunkirchen

Datum: 10.03.04

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
(DPWV), Landesvertretung Rheinland-Pfalz/
Saarland e. V., Saarbrücken

Datum:

23.09.03

Saarländischer Städte- und Gemeindetag e. V.,
Saarbrücken

Datum:

11.9.03

Protokollnotiz zu § 18

Die fachlichen Voraussetzungen nach Buchstabe b) gelten bei Personen als erfüllt, die am Tage des Inkrafttretens dieses Vertrages von den saarländischen Krankenkassen/ Pflegekassen als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt waren (Bestandsschutz).

Die Zusatzqualifikation in der Krankenpflege kann bei Personen entfallen, die im Rahmen ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger die notwendigen Kenntnisse in der Krankenpflege erworben haben.

Regelmäßig wird dies der Fall sein bei Personen, die nach dem GABS sowie dem SAPAG ausgebildet wurden, sofern die Lerninhalte der Ausbildung bis zum Zeitpunkt der Abschlussprüfung den erforderlichen Notwendigkeiten angepasst und auch vermittelt wurden.

Die Partner dieses Rahmenvertrages wirken gemeinsam auf die zuständigen Stellen ein, dass durch entsprechende Vermittlung der Lerninhalte zukünftig die Voraussetzungen des Buchstaben b) durch erfolgreichen Abschluss der Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger als erfüllt angesehen werden können.