

V e r t r a g

nach § 132 und § 132 a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe

zwischen

dem Träger

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

für den Pflegedienst

XXXXXX

– im Folgenden Pflegedienst genannt –

und

den aufgeführten Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen

der **AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen**
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch Herrn Michael Tebarts
- zugleich handelnd für die
Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkassen –

dem **BKK Landesverband Mitte**

Eintrachtweg 19,
30173 Hannover

der **IKK classic**

der **KNAPPSCHAFT**,
Regionaldirektion Chemnitz

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Sachsen

- im Folgenden „Krankenkasse(n)“ genannt –

Inhaltverzeichnis

Präambel	4
§ 1 Gegenstand des Vertrages	4
§ 2 Geltungsbereich	4
§ 3 Ziele der Häuslichen Krankenpflege	5
§ 4 Leistungsgrundlagen	5
§ 5 Wahl des Pflegedienstes	6
§ 6 Vermittlungsverbot	6
§ 7 Datenschutz und Schweigepflicht	7
§ 8 Inhalt der häuslichen Krankenpflege	7
§ 9 Behandlungspflege	8
§ 10 Grundpflege	8
§ 11 Hauswirtschaftliche Versorgung	8
§ 12 Haushaltshilfe	8
§ 13 Der Pflegedienst	9
§ 14 Vertrag	9
§ 15 Organisatorische Voraussetzungen	9
§ 16 Praxis- und Betriebseinrichtung	10
§ 17 Fachliche Anforderungen	11
§ 18 Fortbildung	11
§ 19 Verantwortliche Pflegefachkraft	12
§ 20 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft	13
§ 21 Pflegefachkräfte	14
§ 22 weitere Pflegekräfte	14
§ 23 Dokumentation	14
§ 24 Leistungsnachweis	15
§ 25 Qualitätssicherung	16

§ 26 Verfahren zur Durchführung von Qualitäts-/Abrechnungsprüfungen	16
§ 27 Allgemeines	17
§ 28 Zusammenarbeit mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt.....	17
§ 29 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus	17
§ 30 Schiedsperson.....	18
§ 31 Buchführungs- und Rechnungswesen	18
§ 32 Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	18
§ 33 Allgemeine Grundsätze der Vergütung	19
§ 34 Abrechnung der Leistungen	20
§ 35 Beanstandung, Verjährung	21
§ 36 Vertragsverstöße	21
§ 37 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages	22
§ 38 Salvatorische Klausel.....	22

Präambel

Zum 1. Juli 2023 hat der Gesetzgeber in § 132a Abs. 4 SGB V unerwartet und ohne Übergangsfristen geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern zukünftig zu schließen haben. Diesem Auftrag kommen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit vorliegendem Vertrag nach, welcher zugleich Grundlage für eine zukünftige Überarbeitung darstellt.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Die im Rubrum genannten Krankenkassen und der Pflegedienst schließen entsprechend §§ 132, 132 a SGB V diesen Vertrag mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnisse entsprechende wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe zu gewährleisten.

Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen für

- (1) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1 und 1a SGB V
- (2) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 SGB V
- (3) häusliche Pflege (Grundpflege) bei Schwangerschaft und Entbindung gemäß § 24g SGB V
- (4) Haushaltshilfe gemäß §§ 38 SGB V, 24 h SGB V, 10 KVLG¹ 1989.

Es gelten die Rahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege des GKV-Spitzenverbandes (nachfolgend Rahmenempfehlungen genannt) sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (nachfolgend HKP-Richtlinie genannt) der jeweils geltenden Fassung.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt ausschließlich für Pflegedienste mit Sitz im Freistaat Sachsen.
- (2) Dieser Vertrag gilt für die vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen und für die Ersatzkassen und ist Grundlage der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen. Diese Vereinbarung wird durch die IKK classic in Bezug auf § 132 SGB V zugleich für die BIG direkt gesund, die IKK gesund plus, die IKK – Die Innovationskasse sowie die IKK Südwest geschlossen.

¹Gesetz zur Krankenversicherung der Landwirte

§ 3 Ziele der Häuslichen Krankenpflege

- (1) Die Krankenkassen sowie der Pflegedienst haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.
- (2) 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.

Der Pflegedienst nach § 13 erbringt 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 in seinem häuslichen Bereich zu erlauben sowie die ambulante, ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ziel zu sichern.
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.
- (4) Durch Kooperation aller im Pflegeprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (5) Der Pflegedienst hat auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

§ 4 Leistungsgrundlagen

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung des behandelnden Vertragsarztes. 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 (MD) vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vorläufige Kostenzusage).

Die Originalverordnung ist in diesen Fällen nachzureichen. 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. Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig sind oder wenn Leistungen der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, die nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse nicht vorgesehen sind.

- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, seine Leistungen so zu erbringen, dass eine sach- und fachgerechte Versorgung erfolgt. Die auf die Ausführung der Leistung bezogenen ärztlichen Anweisungen sind zu befolgen.
- (4) Der Leistungserbringer gewährleistet eine kontinuierliche Betreuung der Versicherten bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen und stellt im Bedarfsfall eine leistungsfähige und gleichqualifizierte Vertretung sicher.
- (5) Zur Sicherstellung einer hohen Qualität der Leistungserbringung und um eine Verkürzung/Vermeidung von Krankenhausbehandlung zu gewährleisten, wirkt der Leistungserbringer mit den niedergelassenen Ärzten, den in seinem Einzugsbereich liegenden Krankenhäusern sowie anderen an der Versorgung Beteiligten und der Krankenkasse eng zusammen.
- (6) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden gegenüber den Versicherten und der Krankenkasse. Er stellt sicher, dass die erforderlichen Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen wurden. Er stellt die Krankenkasse von Ansprüchen frei, die Dritte gegenüber dieser im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag geltend machen.
- (7) Gegenstand des Vertrages ist der Strukturhebungsbogen (Anlage 2).

§ 5 Wahl des Pflegedienstes

- (1) Der Versicherte ist in der Wahl des Pflegedienstes frei.
- (2) Wählt der Versicherte einen Pflegedienst außerhalb seines Wohn- oder Aufenthaltsortes des für den Leistungserbringer vereinbarten Geltungsbereiches kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch eventuell entstehenden Mehrkosten ablehnen. Der Pflegedienst informiert den Versicherten vorab schriftlich über diese Mehrkosten.

§ 6 Vermittlungsverbot

Die Annahme von Pflege- und Versorgungsaufträgen im Sinne dieses Vertrages und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist nicht zulässig.

Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 7 Datenschutz und Schweigepflicht

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

§ 8 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) Alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Planung und Dokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der sowie die erforderliche Information der am Versorgungsprozess Beteiligten.
- (4) 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.

§ 9 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 §§ 19 bis 21 delegiert werden.

§ 10 Grundpflege

- (1) Grundpflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen die Grundverrichtungen des täglichen Lebens, die von Pflegefachkräften/Pflegekräften nach §§ 19 bis 22 aufgrund ärztlicher Verordnung dann erbracht werden, wenn der Versicherte grundlegende Lebensaktivitäten krankheitsbedingt nicht mehr selbst durchführen kann.
- (2) Häusliche Pflege bei Schwangerschaft und Entbindung umfasst die Grundpflege (§ 24g SGB V).

§ 11 Hauswirtschaftliche Versorgung

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.

§ 12 Haushaltshilfe

Haushaltshilfe umfasst die zur Weiterführung des Haushaltes notwendigen Dienstleistungen und Betreuungstätigkeiten. Hierzu gehört, die während der Zeit der Vertretung im Haushalt notwendigen Arbeiten selbstständig zu verrichten und die im Haushalt lebenden Kinder zu betreuen.

§ 13 Der Pflegedienst

- (1) Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte Organisationseinheit von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.
- (2) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit Häuslicher Krankenpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und Haushaltshilfe hat der Pflegedienst alle in diesem Vertrag enthaltenen Anforderungen zu erfüllen.

§ 14 Vertrag

- (1) Der Pflegedienst erhält mit dem Abschluss dieses Vertrages die Berechtigung, Leistungen gemäß § 1 dieses Vertrages zu Lasten der vertragschließenden Krankenkassen zu erbringen.
- (2) Der Pflegedienst stellt eine orts- und versichertennahe Versorgung der Versicherten in seinem Einzugsbereich (vgl. Anlage 2 Strukturhebungsbogen) mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und Haushaltshilfe sicher. Den Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ist Rechnung zu tragen.
- (3) Für räumlich getrennte Filialen, von denen aus Leistungen gemäß § 1 organisiert und erbracht werden, ist ein gesonderter Vertrag nach Abs. 1 erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbstständig sind.
- (4) Der Vertrag kann abgelehnt oder gekündigt werden, wenn die verantwortliche Pflegefachkraft oder ihre Vertretung sowie der Leiter des Pflegedienstes für die Tätigkeit im Pflegedienst im Sinne des § 16 SächsBeWoGDVO ungeeignet sind.

§ 15 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Pflegedienst ist eine selbstständig 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 selbst sicherstellt. Der Pflegedienst muss mindestens montags bis freitags in der Zeit von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr ständig erreichbar (nicht Anrufbeantworter) sein. Außerhalb dieser Zeit muss die telefonische Erreichbarkeit des Pflegedienstes (nicht Anrufbeantworter) für die von ihm betreuten Versicherten gewährleistet sein.
- (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 Träger des Pflegedienstes hat der für die Zulassung zuständigen Krankenkasse vor Vertragsabschluss nach § 14 schriftlich und verbindlich folgende Nachweise vorzulegen:

- a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- 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 beim Bundesamt für Justiz geführten Bundeszentralregister (einfaches Führungszeugnis, nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie die Leiter des Pflegedienstes / Inhaber,
- e) bei Vereinen einen amtlichen aktuellen Auszug aus dem Vereinsregister,
- f) bei Kapital- und Personengesellschaften einen aktuellen Auszug aus dem Handelsregister des örtlichen Amtsgerichtes,
- g) beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 21 Abs. 1,
- h) Institutionskennzeichen des Pflegedienstes.

Änderungen sind den vertragschließenden Parteien zeitnah bekanntzugeben. Der Pflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Auf Wunsch können die Krankenkassen diese Unterlagen einsehen.

- (5) Der Pflegedienst bzw. der Träger hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeitenden enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.
- (6) Die Leistungserbringung kann in Kooperation mit anderen Pflegediensten erfolgen. Kooperationsvereinbarungen können nur mit Pflegediensten geschlossen werden, mit denen ein Vertrag gemäß § 14 geschlossen wurde. Kooperationsvereinbarungen sind vorzulegen.
- (7) 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 Versorgungssituation des Versicherten und ist durch die verantwortliche Pflegefachkraft vorzunehmen.

§ 16 Praxis- und Betriebseinrichtung

Alle in der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie den Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Der Pflegedienst hat

- eine zweckmäßige Büroausstattung sowie Praxis- und Betriebsausstattung vorzuhalten,
- eine ausreichende und zweckmäßige Mobilität des Personals sicherzustellen,
- einen eigenständigen Telefon- und Internetanschluss mit der Möglichkeit der Anrufweitschaltung sowie
- für die fachgerechte Leistungserbringung erforderliche Materialien und medizinisch-technische Geräte vorzuhalten.

Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 33 SGB V bleiben unberührt.

§ 17 Fachliche Anforderungen

- (1) Der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass die von ihm angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft nach § 19 sowie weiteren Pflegefachkräften nach §§ 20 und 21 erbracht werden.
- (2) Er gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von einer entsprechend qualifizierten Pflegefachkraft erbracht werden. Dieses Personal muss während der für den Pflegedienst geleisteten Arbeitszeit fachlich und disziplinarisch vollständig in die Organisation des Pflegedienstes eingebunden sein.
- (3) Die Versorgung unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für
 - die fachliche Planung und Durchführung der Versorgungsprozesse,
 - die an dem individuellen Versorgungsbedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Pflegekräfte,
 - die fachgerechte Führung der Dokumentation,
 - die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.
- (4) Der Pflegedienst bzw. 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 den Krankenkassen auf Anfrage zu übermitteln.
- (5) Der Pflegedienst ist verpflichtet, auf Anforderung der Krankenkassen seine Mitarbeiter (Qualifikation und Arbeitszeit bzw. der Beschäftigtennummer und das dazugehörige Handzeichen) zu benennen. Verantwortliche Pflegefachkraft, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft sowie die dritte und vierte Pflegefachkraft gemäß § 21 Abs. 1 sind dabei namentlich gesondert auszuweisen.
- (6) Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und der Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene vom 15.12.2022 zur Angabe der Beschäftigtennummer in den Abrechnungsunterlagen ab dem 01.01.2023 im Rahmen der Umsetzung des § 105 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI und § 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom 15.12.2022 für die Übergangsfrist bis 30.09.2023 bzw. in der jeweils gültigen Fassung.
- (7) Der Pflegedienst meldet Änderungen des Personals nach § 19 bis 21 unverzüglich.

§ 18 Fortbildung

- (1) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte und der Pflegekräfte durch geplante pflegespezifische Fortbildungen sicherzustellen. Ziel dieser Maßnahme ist es, die in der Pflege tätigen Mitarbeitenden in die Lage zu versetzen, die Versicherten nach dem jeweils anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand zu versorgen.

- (2) Die internen und/oder externen Fortbildungsmaßnahmen umfassen mindestens 12 Stunden je Voll- und Teilzeitbeschäftigten sowie mindestens 5 Stunden je geringfügig Beschäftigten pro Kalenderjahr. Bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit unter fünf Stunden umfasst die Fortbildung jedoch nicht mehr als die wöchentliche Arbeitszeit. Die Fortbildungen für die Führungskräfte (verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung) umfassen externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen durch externe Anbieter.
Für alle weiteren an der Leistungserbringung häuslicher Krankenpflege beteiligten Mitarbeitenden sind interne und/oder externe Fortbildungen nachzuweisen. Davon ausgenommen sind kurzfristig beschäftigte Mitarbeitende entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen. Für Verträge und/oder Beschäftigungsverhältnisse, die im laufenden Jahr beginnen bzw. enden, ist die Fortbildung anteilig durchzuführen.
- (3) Der Nachweis über die jährliche Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen ist den Krankenkassen bzw. deren Verbänden auf Anforderung unter Fristsetzung für das vorangegangene Kalenderjahr einzureichen. Die Frist soll mindestens 1 Monat betragen. Als Nachweis sind Kopien der entsprechenden Zertifikate bzw. bei internen Fortbildungen ein Teilnehmernachweis, welcher mindestens das Thema der Fortbildung, Zeitpunkt und Dauer, Namen und Unterschrift der Teilnehmer und Name des Referenten/ der Referentin beinhalten sowie die personelle Besetzung des Pflegedienstes im Vorjahr einzureichen.
- (4) Kommt der Pflegedienst seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen. Es erfolgt, bei einer verspäteten Nachweisführung nach Ablauf der Frist nach Abs. 3 oder mit dem Monat der Feststellung und Bekanntgabe durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände, dass die eingereichten Nachweise bzw. absolvierten Fortbildungen nicht den Anforderungen der Abs. 1 bis 4 entsprechen, für die ersten - vier Monate eine Kürzung in Höhe von 2,0 Prozent. Ab dem fünften Monat beträgt die Kürzung 5,0 Prozent. Die Kürzung der Vergütung endet mit Ablauf des Monats, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis geführt wurde.
- (5) Der Pflegedienst hat nach Ablauf der Frist zum Nachweis nach Abs. 3 die Gelegenheit, die fehlende Fortbildungsmaßnahme innerhalb von sechs Monaten nachzuholen, wobei die nachgeholt Fortbildung nicht auf das laufende Kalenderjahr angerechnet werden kann. Wird diese Frist nicht eingehalten, wird der Vertrag gemäß § 37 Abs. 4 fristgemäß, in schwerwiegenden Fällen mit sofortiger Wirkung gekündigt.

§ 19 Verantwortliche Pflegefachkraft

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PflBRefG),
- Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG²) oder
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PflBRefG) oder

² Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpfleger gelten nach § 23 KrPflG als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in anerkannt

- Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PflBRefG) oder
- Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

besitzen und

- b) innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre eine praktische, hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis in einem der unter Buchstabe a) aufgeführten Berufe ausgeübt und nachgewiesen wurde, wobei mindestens neun Monate auf eine hauptberufliche Tätigkeit im ambulanten pflegerischen Bereich entfallen müssen und
- c) in dem Pflegedienst hauptberuflich (Vollzeit³) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5⁴ Vollzeitstellen je Pflegedienst trägt. Die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 2 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter des Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 1 bis 2 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenverbeamtete, und
- d) eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl nachweisen, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll. Diese 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 (Pflegetheorie, Pflegeorganisation).

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

§ 20 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Der Pflegedienst bzw. 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.

³ Vollzeit = Mindestwochenarbeitszeit 35 Stunden

⁴ besondere Belange der Versorgung von Kindern sind zu berücksichtigen

- (2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen nach § 19 Buchstaben a) und b) zu erfüllen. Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.
- (3) Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5 Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt (siehe § 19 Buchstabe c)).

§ 21 Pflegefachkräfte

- (1) Der Pflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens zwei weitere Pflegefachkräfte nach § 19 Buchstabe a) zu beschäftigen.
- (2) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Abs. 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen.
- (3) Pflegefachkräfte nach Abs. 1 können auch in Teilzeittätigkeit mit einer Stundenzahl von mindestens 20 Wochenarbeitsstunden beschäftigt werden.

§ 22 weitere Pflegekräfte

- (1) Der Pflegedienst kann darüber hinaus weitere geeignete Pflegekräfte einsetzen, die Leistungen der Grundpflege nach § 10, hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 11 und Haushaltshilfe nach § 12 unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft erbringen.
- (2) Der Anteil der Pflegedienstleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, soll 20 Prozent grundsätzlich nicht übersteigen.

§ 23 Dokumentation

- (1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes elektronisches Dokumentationssystem anzuwenden, das für die Erbringung der Leistung eine übersichtliche und nachvollziehbare Dokumentation ermöglicht. Geeignet sind Dokumentationssysteme, mit denen die Dokumentation der auf die Erbringung der Leistung bezogenen Informationssammlung, Hinweise zur Durchführung der Maßnahmen, Hinweise zur Leistungserbringung sowie von Verlaufsbeobachtungen und notwendige Abstimmungen mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt möglich sind.
- (2) Zu Beginn des Versorgungsauftrages erfasst der Pflegedienst Stammdaten sowie die leistungsbezogenen Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für eine ordnungsmäße Durchführung der Leistungen erforderlich sind. Auf dieser Grundlage werden die Leistungen durchgeführt. Die Leistungserbringung wird im Anschluss an die Durchführung auf dem Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegefachkraft signiert.
- (3) Die Zugriffsmöglichkeit auf die Pflegedokumentation beim Versicherten (Kurzbericht) für die Information des Haus- und Notarztes, des Arztes des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) und der vertretenden Pflegekraft ist zu gewährleisten.

- (4) Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sowie Besonderheiten oder Abweichungen bei der Durchführung der Leistungen oder Beobachtungen werden im Pflegebericht/Berichtsblatt bzw. in speziellen Formularen festgehalten.
- (5) Über leistungsrelevante Veränderungen berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Bei einer Änderung der ärztlichen Verordnung werden die Maßnahmenplanung und die -durchführung entsprechend angepasst.
- (6) Die Festlegung der technischen Anforderungen an das Dokumentationssystem beinhaltet kein Präjudiz für die Frage, ob eine Planung erforderlich ist.
- (7) Die Dokumentation ist i. d. R. bei der oder dem Versicherten aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung bei der oder dem Versicherten nicht möglich ist, ist die Dokumentation beim ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.
- (8) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt mindestens drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 24 Leistungsnachweis

- (1) Der Pflegedienst hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser ist separat für jeden Versicherten zu erstellen und beinhaltet nachfolgend aufgeführte Mindestangaben:
 - Vor- und Nachname des Versicherten,
 - Krankenversicherungsnummer des Leistungsempfängers,
 - Name des Pflegedienstes,
 - Institutionskennzeichen des Pflegedienstes,
 - Leistungszeitraum,
 - Art und Menge der erbrachten Leistungen,
 - Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung,
 - Beschäftigtennummer (sofern Anbindung an TI erfolgt ist),
 - dazugehöriges Handzeichen der Pflege(fach)kraft.
- (2) Alle vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen sind im Leistungsnachweis unmittelbar nach der Leistungserbringung von der jeweiligen Pflegefachkraft unter Angabe ihrer persönlichen Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 S. 2 SGB V (sofern Anbindung an TI erfolgt ist) bzw. des dazugehörigen Handzeichens einzutragen und durch den Versicherten/Bevollmächtigten bzw. die bestellte Betreuerin/den bestellten Betreuer am Ende des Monats und/oder der Leistungserbringung unterschriftlich zu bestätigen sowie durch den Pflegedienst gegenzuzeichnen.
- (3) Die unterschriftliche Bestätigung des Versicherten auf dem Leistungsnachweis kann in diesem Fall elektronisch, in Form einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur gemäß Art. 26 eIDAS-Verordnung (EU) Nr. 910/2014 erfolgen. Vorausgesetzt ist ein qualifiziertes Zertifikat für die eingesetzte Software, welches auf Abfrage bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht wird. Gleiches gilt für die Unterschrift des Leistungserbringers.

Das Verfahren muss mit der zuständigen Krankenkasse vor erstmaligem Einsatz abgestimmt und von dieser zugestimmt werden. Bei der AOK PLUS kann das Verfahren grundsätzlich umgesetzt werden.

- (4) Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und der Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene vom 15.12.2022 zur Angabe der Beschäftigtennummer in den Abrechnungsunterlagen ab dem 01.01.2023 im Rahmen der Umsetzung des § 105 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI und § 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom 15.12.2022 für die Übergangsfrist bis 30.09.2023 bzw. in der jeweils aktuellen Fassung.
- (5) Der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis stellt die Grundlage für die Abrechnung dar.
- (6) Eine elektronische Leistungserfassung ist möglich. Es gelten die Kriterien zur Anerkennung einer EDV-gestützten Erstellung von Leistungsnachweisen. Das Verfahren muss von der zuständigen Krankenkasse vor erstmaligem Einsatz abgestimmt und von dieser zugestimmt werden. Bei der AOK PLUS kann das Verfahren grundsätzlich umgesetzt werden. Die Grundlagen der elektronischen Leistungserfassung sind in Anlage 3 geregelt.

§ 25 Qualitätssicherung

- (1) Der Pflegedienst bzw. dessen Träger gewährleistet ein einrichtungsindividuelles Qualitätsmanagement. Qualitätssicherung ist in interne und externe Maßnahmen zu unterscheiden.
- (2) Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Pflegedienstes und umfasst die diesbezüglichen Maßnahmen. Diese sind systematisch zu planen, zu steuern und zu evaluieren.
- (3) Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen der Beratung und Auditierung im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Maßnahmen.
- (4) Die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung wird von dem Pflegedienst dokumentiert und aufbewahrt. Die Aufbewahrungsfrist für diese Dokumentation beträgt drei Jahre.

§ 26 Verfahren zur Durchführung von Qualitäts-/Abrechnungsprüfungen

- (1) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung/Abrechnungsprüfung nach §§ 275b SGB V bzw. 114 ff. SGB XI als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MD oder einen durch die Krankenkasse benannten unabhängigen Sachverständigen überprüfen zu lassen.

- (2) Hinsichtlich der Durchführung, der Mitwirkungspflichten sowie der für die Qualitätsprüfung/Abrechnungsprüfung vorzuhaltenden erforderlichen Unterlagen gelten die entsprechenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.

§ 27 Allgemeines

Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege wirkt der Pflegedienst mit der Vertragsärztin/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.

§ 28 Zusammenarbeit mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der behandelnden Vertragsärztin/dem behandelnden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der Pflegedienst berichtet der behandelnden Vertragsärztin/dem behandelnden Vertragsarzt unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen 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.

§ 29 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

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

§ 30 Schiedsperson

- (1) Kommt eine Einigung zu den vertraglichen Regelungen gemäß § 132 a Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht zustande, kann der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson festgesetzt werden. Die Schiedsperson ist für jedes Festsetzungsverfahren neu zu bestellen. Das Schiedsverfahren wird nach § 132a Abs. 4 Sätze 9 bis 11 SGB V durchgeführt.
- (2) Die Schiedsperson ist in ihren Entscheidungen an die entsprechenden gesetzlichen Regelungen nach §§ 92, 302 und 303 SGB V sowie die daraus resultierenden Richtlinien gebunden.

§ 31 Buchführungs- und Rechnungswesen

Pflegedienste haben die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung nach den Regeln des HGB zu beachten.

§ 32 Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Leistungen des Pflegedienstes sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und der Pflegedienst nicht zu Lasten der Krankenkasse erbringen.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt nach der HKP-Richtlinie umgehend zu informieren.
- (3) Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung überprüfen, sofern Anhaltspunkte für vorliegen, dass ein Pflegedienst die Anforderungen an die diese nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (4) Die Krankenkasse bestellt einen unabhängigen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes/dem Pflegedienst. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse den Sachverständigen alleine bestellen. Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger des Pflegedienstes und die Krankenkasse zu gleichen Teilen.
- (5) 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. 4 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von der Krankenkasse zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.
- (6) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.
- (7) Der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes 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, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Pflegeleistungen der Leistungsträger und die Mitarbeiterdokumentation gemäß § 15 Abs. 5. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Pflegedienst abzusprechen.

- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen einzuhalten.
- (9) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.
- (10) 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.
- (11) 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.
- (12) Ergeben sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Feststellungen, dass die Leistungen nachweislich unwirtschaftlich erbracht werden, so werden zwischen der Krankenkasse und dem Pflegedienst geeignete Maßnahmen vereinbart.

§ 33 Allgemeine Grundsätze der Vergütung

- (1) Der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung ist nur mit einem Pflegedienst zulässig, mit dem ein Vertrag nach § 14 abgeschlossen wurde.
- (2) Es können regional und landesweit pflegedienstübergreifende Vergütungen vereinbart werden, an die die Pflegedienste und die Krankenkassen gebunden sind.
- (3) Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und den Pflegedienst in die Lage versetzen eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
- (4) Die Vergütung wird für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.
- (5) Zuzahlungen zu Vertragsleistungen darf der Pflegedienst vom Versicherten weder fordern noch annehmen.
- (6) Das Vergütungssystem ist so zu gestalten, dass Doppelabrechnungen beispielsweise durch Leistungsüberschneidungen vermieden werden.
- (7) Mit der Vergütung sind alle im Zusammenhang mit der Leistungserbringung entstandenen Kosten abgegolten, ausgenommen hiervon sind ärztlich verordnete Arzneimittel, Verbandmaterial und sonstige Heil- und Hilfsmittel gemäß SGB V.
- (8) Die Einzelheiten der Vergütung sind in der Anlage 1 (Vergütungsvereinbarung) geregelt.

§ 34 Abrechnung der Leistungen

- (1) Der Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen, spätestens nach Ablauf eines Kalendervierteljahres mit der zuständigen Krankenkasse ab. Der Genehmigungsvermerk der Krankenkasse sowie ein vom Versicherten sowie dem Pflegedienst bestätigter Leistungsnachweis (vgl. § 24) sind der Abrechnung beizufügen.
- (2) Es können Einzel- und Sammelrechnungen erstellt werden.

Die Abrechnungsbelege haben

- das Institutionskennzeichen der abrechnenden Stelle,
- die Krankenversicherungsnummer des Leistungsempfängers,
- Art, Zeitraum und Preis der erbrachten Leistung,
- bei Sammelrechnungen neben den Zwischenrechnungssummen für jeden Versicherten die Gesamtsumme der Sammelrechnung

zu enthalten.

Die mit BVG (Bundesversorgungsgesetz) gekennzeichneten Verordnungen sind bei der AOK PLUS als Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung einzureichen.

Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Es sind der Beginn und das Ende der Abrechnung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Außerdem ist eine Erklärung des Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkasso-Vollmacht oder Abtretungserklärung mehr besteht. Das Ende der Abrechnung ist der Krankenkasse schriftlich durch die Abrechnungsstelle oder den sonstigen Forderungsinhaber zu bestätigen.

Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgabe dieser Vereinbarung und des § 6 Abs. 1 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist vorzulegen.

- (3) Die Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V. Im Rahmen der Abrechnung sind je Abrechnungsfall die nach § 302 SGB V festgelegten Abrechnungsdaten zu übermitteln. Nach § 303 Abs. 3 SGB V vergüten die Krankenkassen Abrechnungen des Pflegedienstes ab einem von den Krankenkassen benannten, noch zu bestimmenden Zeitpunkt nur, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten entsprechend der Richtlinien zum maschinellen Datenaustausch im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt worden sind. Die Richtlinien sind in der jeweils gültigen Fassung verbindlich.
- (4) Die Krankenkasse überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Rechnung. Spätere Rechnungsberichtigungen bleiben vorbehalten.

Ausgenommen von dieser Zahlungsfrist sind Forderungen, zu denen begründeter Klärungsbedarf besteht.

§ 35 Beanstandung, Verjährung

- (1) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Bei Vorliegen von Vertragsverstößen nach § 36 gilt diese Frist nicht.
- (2) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des Pflegedienstes nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

§ 36 Vertragsverstöße

- (1) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Vertragspartner schriftlich anzuhören; §§ 24 und 25 SGB X werden angewandt. Der andere Vertragspartner hat diese Verstöße konkret schriftlich zu benennen.
- (2) Der Vertragspartner hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Schreibens Folge zu leisten.
- (3) Lässt sich im Anhörungsverfahren der Verdacht auf einen Vertragsverstoß nicht ausräumen, entscheidet der andere Vertragspartner über geeignete Maßnahmen. Diese sind insbesondere die Verwarnung, Abmahnung oder die Verhängung einer Vertragsstrafe in Geld. Bei den in Abs. 4 genannten Vertragsverstößen bedarf es nach der Anhörung vor einer Kündigung keiner Abmahnung. Eine Vertragsstrafe kann in angemessener Höhe verhängt werden. Schadensersatzansprüche der Vertragspartner bleiben davon unberührt.
- (4) Als schwere Vertragsverstöße können insbesondere gelten:
 - grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten oder dem Vertragspartner, sodass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere bei
 - Pflichtverletzungen, in deren Folge Versicherte zu Schaden kommen,
 - Verstöße gegen den fachgerechten Personaleinsatz gem. §§ 17, 19- 21 des Vertrages,
 - Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen,
 - Annahme von Versorgungsaufträgen und deren Weitergabe an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile,
 - fehlende Dokumentation gem. § 23 Leistungsnachweise gem. § 24 sowie Dienst- und Touren-/ Einsatzpläne,
 - Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen an bzw. durch Versicherte für genehmigte Vertragsleistungen.
- (5) Bestätigt sich der Verdacht eines Verstoßes gegen die Pflichten aus diesem Vertrag nicht, erhält der bezichtigte Vertragspartner eine entsprechende schriftliche Information.

- (6) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen können die Krankenkassen nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 25.000 Euro festsetzen. Darüber hinaus kann der Vertrag durch die Krankenkassen mit sofortiger Wirkung außerordentlich gekündigt werden.
- (7) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. diesem Vertrag erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistung mit den Krankenkassen abgerechnet, hat der Pflegedienst unabhängig von einer eventuellen Kündigung den entstandenen Schaden zu ersetzen.
- (8) Verstößt die Krankenkasse gegen vertragliche Pflichten, insbesondere gegen die Pflicht zur Zahlung der vereinbarten Vergütung innerhalb des dafür vereinbarten Zeitraumes, hat der Pflegedienst das Recht zur sofortigen Kündigung.

§ 37 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am **tt.mm.jjjj** in Kraft und löst gleichzeitig bestehende kassenindividuelle Verträge nach §§ 132, 132a Abs. 4 SGB V ab.
- (2) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden. Bei einer Kündigung durch den Träger des Pflegedienstes ist diese gegenüber der federführenden Krankenkasse zu erklären.
- (3) Bei einer Kündigung durch den Pflegedienst, hat der Pflegedienst die weitere Versorgung der Versicherten mit einer genehmigten HKP-Verordnung durch andere von den Krankenkassen zugelassene Leistungserbringer sicherzustellen.
- (4) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 36 haben die Vertragspartner das Recht, diesen Vertrag mit sofortiger Wirkung schriftlich zu kündigen.
- (5) Die Anlage 1 (Vergütungsvereinbarung) kann unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden. Die Einzelheiten dazu sind in der Anlage geregelt.

§ 38 Salvatorische Klausel

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

Anlage 1 Vergütungsvereinbarung

Anlage 2 Strukturhebungsbogen

Anlage 3 Grundlagen der elektronischen Leistungserfassung

Ort, Datum

Träger des Pflegedienstes

AOK PLUS
zugleich handelnd für
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen

IKK classic

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion
Chemnitz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen -

Gemeinsamer Strukturhebungsbogen HKP Meldung Personaländerung

zum Vertrag nach § 132 und § 132a SGB V zur Erbringung häuslicher
Krankenpflege nach § 37 SGB V und Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Angaben zum Leistungserbringer

Name der Einrichtung

Straße

PLZ/Ort

E-Mail:

Telefonnummer:

Institutionskennzeichen SGB V:
(Bitte Kopie des Schreibens der ARGE IK beifügen)

Dieser Strukturhebungsbogen ist vollständig ausgefüllt und zusammen mit den erforderlichen
Personelnachweisen auf dem Postweg zu senden an:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Sachsen
Referat Pflege
Glacisstraße 4
01099 Dresden

Fachliche und personelle Voraussetzungen

Der Pflegedienst erklärt und weist durch Vorlage der Originalunterlagen oder beglaubigter Kopien
gegenüber der federführenden Krankenkasse nach, dass er bzw. seine Mitarbeiter persönlich und
fachlich geeignet sind, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erbringen und ständig die
Qualitätsanforderungen nach diesem Vertrag zu erfüllen.

Der Pflegedienst stellt sicher, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger
Verantwortung einer Pflegefachkraft und einer Stellvertretung, die bei dem Pflegedienst
hauptberuflich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis angestellt sind,
erbracht werden.

Der Pflegedienst hat eine leistungsfähige, gleichqualifizierte Vertretung von Mitarbeitern in allen
Fällen der Verhinderung zu gewährleisten.

1. Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL)

Name, Vorname:

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

ja nein

- Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- Altenpfleger/-in
- Pflegefachfrau/-mann

(beglaubigte Kopie der Berufsurkunde im Original bitte beifügen)

Berufspraktische Erfahrung erfüllt ja nein

- Voraussetzung ist eine mindestens zweijährige praktische, hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis in einem der genannten Berufe innerhalb der letzten acht Jahre, wobei mindestens 9 Monate auf eine hauptberufliche Tätigkeit im ambulanten pflegerischen Bereich entfallen müssen

(bitte Nachweise beifügen - Tätigkeit, Arbeitsort, Stundenumfang müssen für den nachzuweisenden Zeitraum **eindeutig** nachvollziehbar sein, z. B. Kopien von Arbeitszeugnissen, Arbeitsverträge mit Kündigungsbestätigung o. Ä.)

Tätigkeit in Vollzeitbeschäftigung - mind. 35 Std./Wo. ja nein

(bitte entsprechenden Nachweis beifügen z. B. Kopie Arbeitsvertrag)

Weiterbildungsnachweis (nur für PDL erforderlich) ja nein

- Voraussetzung ist der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll

(Kopie des Weiterbildungszertifikates bitte beifügen)

Einfaches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate) ja nein

(Original oder beglaubigte Kopie bitte beifügen)

2. Stellvertretung (stv. PDL)

Name, Vorname:

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen - siehe PDL ja nein

(beglaubigte Kopie der Berufsurkunde im Original bitte beifügen)

Berufspraktische Erfahrung erfüllt - siehe PDL ja nein

(entsprechende Nachweise bitte beifügen)

Tätigkeit in Vollzeitbeschäftigung - mind. 35 Std./Wo. ja nein

(bitte entsprechenden Nachweis beifügen z. B. Kopie Arbeitsvertrag)

Einfaches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate) ja nein

(Original oder beglaubigte Kopie bitte beifügen)

Der Pflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens zwei weitere Pflegefachkräfte im Umfang von jeweils mindestens 20 Wochenarbeitsstunden sozialversicherungspflichtig zu beschäftigen.

3. Pflegefachkraft

Name, Vorname:

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen - siehe PDL ja nein

(beglaubigte Kopie der Berufsurkunde im Original bitte beifügen)

Tätigkeit mind. 20 Std./Wo. ja nein

(bitte entsprechenden Nachweis beifügen z. B. Kopie Arbeitsvertrag)

4. Pflegefachkraft

Name, Vorname:

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen - siehe PDL
(beglaubigte Kopie der Berufsurkunde im Original bitte beifügen) ja nein**Tätigkeit mind. 20 Std./Wo.**

(bitte entsprechenden Nachweis beifügen z. B. Kopie Arbeitsvertrag)

 ja nein**- Personalübersicht des Pflegedienstes -**

Name	Qualifikation	Stellenumfang (Wochen-AZ)	beschäftigt seit

Alle Angaben wurden wahrheitsgemäß gemacht, alle erforderlichen Unterlagen sind beigefügt.
Änderungen sind der federführenden Krankenkasse unverzüglich unter Vorlage entsprechender
Nachweise mitzuteilen.

.....
Datum.....
Unterschrift des Trägers bzw. der
vertretungsberechtigten Person

Datenschutz und Schweigepflicht gemäß EU – DSGVO

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU- DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen des Vertrages gemäß §§ 132, 132a Abs. 4 SGB V bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD), dem PKV-Prüfdienst und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

Anlage 3

Grundlagen der elektronischen Leistungserfassung für die AOK PLUS

- (1) Folgende Kriterien müssen erfüllt sein, um die Voraussetzungen eines sicheren Verfahrens zur mobilen Datenerfassung zu erfüllen:
 - Jede erbrachte Leistung muss einzeln erfasst werden.
 - Die Datenverarbeitung muss klientenbezogen erfolgen, ansonsten gelten die Regelungen nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung.
 - Das Datenverarbeitungssystem muss gewährleisten/sicherstellen, dass ausschließlich geplante Leistungen nicht automatisch mit einer Unterschrift versehen werden können.
- (2) Jede EDV-gestützte Leistungserfassung von Daten erfolgt zeitnah während der Tagestour automatisch mit Datum, Leitungsbeginn sowie technischem Handzeichen durch die leistungserbringende Einsatzkraft mittels personengebundenen Passwort im mobilen Datenerfassungsgerät.
- (3) Die Erfassung der gemeinsamen Leistungserbringung durch mehrere Einsatzkräfte gleichzeitig ist möglich und wird im Leistungsnachweis entsprechend sichtbar.
- (4) Für den Fall des Systemausfalls bzw. besonderer Ereignisse, führt die leistungserbringende Einsatzkraft einen papiergestützten Tourenplan mit, in welchem sie die erbrachten Leistungen, Unregelmäßigkeiten oder Besonderheiten je nach Bedarf handschriftlich mit Datum und Uhrzeit dokumentiert und signiert.
- (5) Die Leistungsnachweise sind durch Datenübertragung während der Tagestour zu erstellen und sind somit mit der tatsächlich erbrachten Tourenerfassung identisch. Das Dokumentationssystem hat die Daten täglich zu sichern.
- (6) Nach der Datenübertragung nachträglich vorzunehmende Änderungen und Ergänzungen auf dem ausgedruckten Leistungsnachweis sind nachvollziehbar zu begründen und von der leistungserbringenden Einsatzkraft durch Unterschrift mit Datum zu bestätigen.
- (7) Vor Einführung und während der Nutzung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation sind die Mitarbeitenden zu schulen, um die ordnungsgemäße Dokumentation unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Regelungen zu gewährleisten.
- (8) Bei der Nutzung einer elektronischen Signatur auf den Leistungsnachweisen sind die Regelungen des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) in Verbindung mit der jeweils gültigen Vertrauensdiensteverordnung bindend. Ebenso sind die Regelungen der eIDAS-Verordnung einzuhalten. Die fortgeschrittene elektronische Signatur ist grundsätzlich einsetzbar, sofern die folgenden Kriterien erfüllt sind:
 - ein eIDAS konformes fortgeschrittenes Pad-Signatursiegel wird verwendet
 - es ist keine nachträgliche Veränderung der Daten möglich
 - digitaler Datums- und Zeitstempel.