

Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V

über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

zwischen

- dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg
- dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg

vertreten durch die Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstr. 7, 70178 Stuttgart

und

- dem Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e.V. (AVAP), Karlsruhe
- dem Bundesverband Ambulante Dienste e.V. (bad), Loßburg
- dem Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V. (bpa), Stuttgart
- dem Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e.V. (BHD), Hannover
- der Landesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V. (L.A.H. BW.), Laufenburg
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), Landesgruppe Baden - Württemberg, Mannheim

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag regelt Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, § 198 RVO und § 25 KVLG.
- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt für die

BARMER Ersatzkasse (BEK), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Hamburg
Handelskrankenkasse (HKK), Bremen
Hanseatische Ersatzkasse (HEK), Hamburg
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
BRÜHLER – Die Ersatzkasse, Solingen
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe, Hamburg
Buchdrucker-Krankenkasse (BK), Hannover
Krankenkasse "Eintracht" (KEH), Heusenstamm

Einerseits

und

für diejenigen ambulanten Pflegedienste, die einem der im Rubrum genannten Trägerverbände angeschlossen sind, sofern sie die Verpflichtungserklärung nach **Anlage 1** dieses Vertrages unterzeichnet haben

andererseits.

- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit die Versicherten in ihrem Haushalt oder bei ihrer Familie leben.

Die Leistungserbringung erfolgt im Haushalt des Versicherten oder - sofern er dort nicht untergebracht ist - im Haushalt seiner Familie.

Die in Einrichtungen gem. § 1 HeimG (in der Fassung vom 3. Februar 1997) erbrachten, der häuslichen Krankenpflege entsprechenden Leistungen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 2 Inhalte der häuslichen Krankenpflege

- (1) Leistungen der Grundpflege

Zur Grundpflege zählen Leistungen, die für den Kranken zur Aufrechterhaltung seiner Grundbedürfnisse gehören, soweit dies für das Behandlungsziel erforderlich ist und seine krankheitsbedingten Einschränkungen ersetzen oder ergänzen. Die pflegerischen Maßnahmen werden nur soweit erbracht, als der Kranke oder seine im Haushalt lebenden Angehörigen bzw. Pflegepersonen wegen fehlender fachlicher Kenntnisse und eigener Kräfte hierzu nicht bzw. nicht alleine in der Lage sind.

Die im Einzelfall notwendigen Tätigkeiten werden auf der Grundlage des Pflegeprozesses festgelegt und dokumentiert. Pflegeanamnese und Pflegeplanung sind regelmäßig zu überprüfen und zu bewerten. Sie müssen dem allgemein pflegewissenschaftlichen Stand (aktivierende Pflege) entsprechen.

Die Grundpflege als aktivierende Pflege umfasst :

- Körperpflege und Körperreinigung
- Betten und Lagern
- Prophylaxen / vorbeugende Maßnahmen (Dekubitus, Kontrakturen, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor und Thrombose)
- Hilfen bei der Nahrungs- und / oder Flüssigkeitsaufnahme
- Hilfen bei den Ausscheidungen
- Ankleiden und Auskleiden
- Unterstützung bei der Mobilität

(2) Leistungen der Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfaßt ärztlich verordnete Maßnahmen der Krankenbehandlung. Hierzu gehören ausschließlich solche medizinische Leistungen, die nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden, zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung im Interesse der Erreichung des angestrebten Therapiezieles jedoch erforderlich sind.

Grundsätzlich beinhalten die einzelnen Leistungen die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Maßnahme.

Behandlungspflegemaßnahmen sind insbesondere :

- Verbände anlegen und / oder wechseln (aseptisch, nicht aseptisch)
- Verbandskontrolle nach ambulanten Operationen sowie in anderen medizinisch begründeten Ausnahmefällen
- Wundversorgung und Wundpflege
- Wundspülung
- Dekubitusbehandlung (keine Prophylaxe)
- Injektionen (subkutan und intramuskulär)
- Vorbereitung und Überwachung von Infusionstherapien (einschließlich wechseln)
- Pflege und Überwachung von Drainagen (z.B. Liquordrainage, Redon-Drainage, Venenkatheter)
- Einlegen, Wechsel eines Blasenverweilkatheters
- Katheterisieren der Blase mit Einmalkatheter
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Spülung / Instillation der Blase
- Einlauf und Klistiere
- Ohrspülung
- Einbringung von Augentropfen/-salben, Augenspülung / Gabe von Medikamenten
- Wechseln der Trachealkanüle
- Einreibungen / Wickel
- Sauerstoffzufuhr überwachen
- Medikamentenüberwachung / -verabreichung
- Überwachung der Vitalfunktionen (postoperativ, bei akutem Krankheitsverlauf), z.B. Puls, Atmung, Körpertemperatur, Ausscheidungen, Körpergewicht,
- Blutdruckkontrolle
- Blutdruckmessungen in der medikamentösen Einstellungsphase und in anderen
- medizinisch begründeten Fällen
- Hämo-Glucotest
- Verabreichung von Sondennahrung
- Absaugen von Sekreten
- Anlegen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse II anstelle eines Kompressionsverbandes.

Der in § 2 Abs. 2 aufgestellte Leistungskatalog stellt keinen Vorgriff auf die vom Bundesausschuß festzulegenden Richtlinien dar.

(3) Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung zur Vermeidung einer aus medizinischen Gründen notwendigen Krankenhausbehandlung (§ 37 Abs. 1 SGB V) gehört zur häuslichen Krankenpflege, soweit diese zur Versorgung des Kranken unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes notwendig ist, um diesem ein Verbleiben in seinem Haushalt zu ermöglichen.

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind, um in diesem Haushalt häusliche Krankenpflege durchführen zu können.

Hierzu gehören insbesondere folgende Verrichtungen :

- Im Krankenzimmer anfallende auf den Kranken bezogene Tätigkeiten im hygienischen Bereich (nicht Grundreinigung)
- Zubereitung kalter und/oder Aufwärmen vorbereiteter Mahlzeiten
- Spülen des bei den Mahlzeiten verwandten Geschirrs
- Entsorgen der Haushaltsabfälle
- Reinigung der kleinen Wäsche und Kleidung des Kranken bzw. Auftragsvergabe.

(4) Leistungen der häuslichen Pflege für Schwangere nach § 198 Reichsversicherungsordnung (RVO) und § 25 KVLG

Die häusliche Pflege für Schwangere umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grundpflege.

§ 3 Eignung der Beschäftigten der Pflegedienste

(1) Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht.

(2) In der Behandlungspflege sind geeignete Pflegekräfte:

- a.) Krankenschwestern/-pfleger
Kinderkrankenschwestern/-pfleger
Altenpfleger/-innen jeweils mit staatlicher Anerkennung

Diese werden als Pflegefachkräfte bezeichnet.

b.) Soweit Gegenstand der Behandlungspflege ausschließlich sind

- subkutane Injektionen
- Blutdruckkontrollen
- Einreibungen / Wickel

- Medikamentenüberwachung /-verabreichung oder
- Anlegen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse II,

kann diese Dienstleistung auch von Pflegekräften mit abgeschlossener Ausbildung zum/zur Krankenpflegehelfer/-in oder Altenpflegehelfer/-in, jeweils mit staatlicher Anerkennung erbracht werden.

Krankenpflegehelfer / in und Altenpflegehelfer / in werden im Folgenden als Pflegekräfte mit einjähriger Ausbildung bezeichnet.

c.) In der Grundpflege sind geeignete Kräfte:

- Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Krankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger/-innen
- Krankenpflegehelfer/-innen
- Altenpflegehelfer/-innen.

d.) In der hauswirtschaftlichen Versorgung können von der verantwortlichen Pflegekraft auch andere geeignete Mitarbeiter/-innen eingesetzt werden.

§ 4 Abschluss eines Versorgungsvertrages

(1) Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages

Um einen Versorgungsvertrag von den Ersatzkassen zu erhalten, hat der Pflegedienst die personellen und organisatorischen Voraussetzungen (**Anlage 2**) zu erfüllen und eigene Geschäftsräume sowie eine entsprechende Ausstattung vorzuhalten und dies der VdAK/AEV-Landesvertretung nachzuweisen.

Außerdem setzt der Abschluss eines Versorgungsvertrages voraus :

- a.) den Nachweis der Anzeige zur Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden
- b.) den Nachweis der Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft
- c.) den Nachweis einer ausreichenden Versicherung über eine Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- d.) die Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses der Pflegedienstleitung
- e.) die Unterzeichnung der Verpflichtungserklärung nach **Anlage 1** zum Rahmenvertrag nach 132 a SGB V.

(2) Verfahren zum Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages

Der Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages und die notwendigen Unterlagen (in Kopie) sind unter Angabe des Einzugsbereiches (§ 16 dieses Rahmenvertrages) schriftlich an die VdAK/AEV-Landesvertretung zu senden

Die VdAK/AEV-Landesvertretung kann den Antrag zur Feststellung der personellen, sachlichen und räumlichen Voraussetzungen an den jeweiligen Spitzenverband des Pflegedienstes zur Kenntnisnahme übergeben.

- (3) Bei vollständiger Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 im Rahmen eines Verfahrens nach Absatz 2 dieses Rahmenvertrags erhält der Pflegedienst von der VdAK/AEV-Landesvertretung einen Bescheid, mit dem ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt. Dieser Bescheid beinhaltet auch den Einzugsbereich.

§ 5 Qualitätssicherung und Qualitätsprüfungen

- (1) Der Träger eines Pflegedienstes ist verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Sinne der Nr. 4 der Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI für die ambulante Pflege in der jeweils gültigen Fassung auch für den Bereich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege festzulegen und durchzuführen.
- (2) Die Krankenkassen können durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Qualitätsprüfungen nach dem in Nr. 5 der Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI beschriebenen Verfahren einleiten und durchführen lassen.

§ 6 Pflegedokumentation

Die vorzuhaltende Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und im Haushalt des Versicherten aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung dort nicht möglich ist, muß die Pflegedokumentation am Betriebsitz des Pflegedienstes geführt und aufbewahrt werden.

§ 7 Vermittlungsverbot

Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) gilt als Verstoß gemäß § 19 dieses Rahmenvertrages und berechtigt zur sofortigen Vertragskündigung. Dies gilt insbesondere auch für die Tätigkeit von freien Mitarbeitern (d.h. ohne Arbeitsvertrag); ausgenommen ist die unentgeltliche Vermittlung oder Weitergabe, wenn notwendige, aber selbst nicht ausführbare Einsätze dies erfordern.

§ 8 Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Pflegedienstes mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus

Der Pflegedienst wird aufgrund einer Verordnung des Arztes tätig. Pflegedienst, Arzt und Krankenhaus wirken im Sinne einer nahtlosen Versorgung frühzeitig eng zusammen. Die Entscheidung liegt hierbei beim behandelnden Arzt. Bei der Behandlung und Pflege bedarf es einer engen Koordination der ärztlichen

und pflegerischen Leistungen. Voraussetzungen für eine funktionierende Koordination und Kooperation ist eine exakte Dokumentation der ärztlichen und krankenpflegerischen Leistungen durch den jeweiligen Leistungserbringer.

§ 9 Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit des Pflegedienstes ist rund um die Uhr, auch an Wochenenden und an Feiertagen zu gewährleisten. Die Sicherstellung dieser Erreichbarkeit kann in Kooperation mit anderen Pflegediensten, die diesem Rahmenvertrag beigetreten sind, erfolgen.

§ 10 Beantragung von Leistungen

- (1) Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach diesem Vertrag werden grundsätzlich vor der Erbringung bei der Ersatzkasse beantragt.
- (2) Als Antrag ist eine ärztliche Verordnung häuslicher Krankenpflege (zur Zeit Muster 12 der Anlage 2 Bundesmantelvertrag Ärzte) vorzulegen.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1 SGB V besteht bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall.

Wird häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V über 4 Wochen hinaus beantragt, ist die ärztliche Folgeverordnung spätestens 7 Kalendertage vor Ablauf der Zeitdauer der Erstverordnung bei der Ersatzkasse vorzulegen, damit der Medizinische Dienst eingeschaltet werden kann.

- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Ersatzkasse eine bei ihm vorliegende Verordnung so unverzüglich zu übermitteln, daß die Verordnung am 3. Werktag nach dem Tag der Ausstellung durch den Arzt bei der Ersatzkasse vorliegt. Hierbei sollen auch technische Hilfsmittel (z.B. Fax) genutzt werden, um die Einhaltung der Frist zu sichern.

§ 11 Genehmigung von Leistungen

- (1) Die Ersatzkasse ist bestrebt, über die Genehmigung eines Antrages nach § 10 dieses Rahmenvertrages innerhalb von drei Arbeitstagen nach Eingang zu entscheiden.
- (2) Die Ersatzkasse bedient sich zur Unterrichtung des Pflegedienstes über die Entscheidung ebenfalls der genannten technischen Hilfsmittel.
- (3) Unter der Voraussetzung, daß der Pflegedienst seiner Verpflichtung nach § 10 dieses Rahmenvertrags nachgekommen ist, erkennt die Ersatzkasse an, daß ihre Leistungspflicht zumindest bis zum Ablauf des Tages gegeben ist, an dem ihre Entscheidung dem Pflegedienst bekannt geworden ist.

§ 12 Vergütung

Die Vergütung für die erbrachten Leistungen erfolgt nach den Regelungen einer gesonderten Preisvereinbarung (**Anlage 4**).

§ 13 Abrechnung

- (1) Die Rechnungslegung erfolgt je Pflegedienst für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die ärztliche Verordnung muß zur Abrechnung bei der Ersatzkasse vorliegen. Die Abrechnung kann erst nach Abschluß des Genehmigungsverfahrens erfolgen.
- (2) Die Abrechnungsbelege haben die Art sowie die Tage der Leistungserbringung, den Namen und die Krankenversicherungsnummer des Leistungsempfängers und das Institutionskennzeichen der abrechnenden Stelle zu enthalten. Soweit abrechnungsrelevant, ist außerdem auch die Uhrzeit des Einsatzbeginns anzugeben. Die Abrechnungen sind getrennt nach Mitgliedern (ohne Rentner), Familienangehörigen dieser Mitglieder und Rentnern und deren Familienangehörigen zu ordnen. Grundsätzlich sind Sammelrechnungen zu erstellen.
- (3) Die Ersatzkasse überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der Rechnung. Spätere Rechnungsberichtigungen bleiben vorbehalten.
- (4) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit Sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (5) Die rechnungsbegründenden Unterlagen, insbesondere der vom Versicherte bestätigte Leistungsnachweis, sowie Blatt 2 der Verordnung häuslicher Krankenpflege mit dem Genehmigungsvermerk der Ersatzkasse sind der Abrechnung beizufügen.
- (6) Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach der Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Ersatzkasse die Zahlung verweigern.

§ 14 Angebot eines Vertrages zwischen dem Pflegedienst und dem Versicherten

Solange über die Genehmigung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Ersatzkasse noch nicht entschieden ist, ist es dem Pflegedienst untersagt, dem Versicherten einen Vertrag über diese Leistungen anzubieten.

§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

(1) Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen nicht beansprucht und können nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Der Pflegedienst verpflichtet sich, die Vertragsleistungen entsprechend den Bedürfnissen nach einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und umfassenden Versorgung anzubieten. Es ist darauf zu achten, daß die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.

(2) Gleichzeitige Erbringung von Leistungen nach SGB V und SGB XI

Erhält der Versicherte sowohl Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V als auch ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI, so sind diese Leistungen nach Möglichkeit im Rahmen eines Hausbesuchs durch eine Pflegefachkraft bzw. Pflegekraft zu erbringen. Hierbei auftretende Synergieeffekte werden in der Preisvereinbarung gesondert berücksichtigt. Das Recht des Versicherten auf die freie Wahl der Pflegekraft nach dem SGB XI (Pflegekraft, Ergänzende Hilfen oder Zivildienstleistende) bleibt dabei uneingeschränkt bestehen. Die gleichzeitige Leistungserbringung ist in der Dokumentation zu vermerken.

(3) Mindestens zwei Versicherte in einem Haushalt

Erhalten mindestens zwei Versicherte, die in einem Haushalt leben, bei einem Hausbesuch, Leistungen der Behandlungspflege, werden die hierbei auftretenden Synergieeffekte in der Preisvereinbarung dieses Vertrages gesondert berücksichtigt.

(4) „Betreutes Wohnen“

In Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ können Leistungen besonders wirtschaftlich erbracht werden. Unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ werden nur solche Wohnungen verstanden, die einen einheitlichen Gesamtkomplex gleichartiger Wohnungen darstellen, die regelmäßig und dauerhaft ausschließlich an Senioren und/oder Behinderte vermietet werden. Dabei kommt es besonders auf die Entscheidung des Nießbrauchsberechtigten oder Eigentümers an, diese ausschließlich an Menschen zu vermieten, die zum Mietvertrag Betreuungs- oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen wollen. Es kommt nicht darauf an, in welcher Rechtsform oder Trägerschaft das „Betreute Wohnen“ angeboten wird. Von Betreuten Wohnanlagen wird jedoch erst dann gesprochen, wenn mehr als 15 zusammenhängende Wohnungen vorliegen und zusätzliche Gemeinschaftsräume wie Aufenthalts-, Speise- oder Therapieräume vorhanden sind.

Grundsätzlich sind jedoch folgende Anforderungen zu erfüllen :

- Barrierefreie und wohnliche Architektur
- Angebot persönlicher und kontaktfördernder Hilfen und
- die Sicherheit koordinierender Dienst- und Hilfeleistungen.

Von herkömmlichen Mietwohnungen unterscheiden sich „Betreute Wohnungen“ auch durch ihr Leistungsangebot. Neben der Überlassung von Wohnraum werden bereits neben dem Mietpreis über eine getrennt ausgewiesene Pauschale in gewissem Umfang folgende Leistungen vorgehalten:

- Hausmeisterbetreuung
- Führung, Wartung, Nutzung und Reinigung der Gemeinschaftsräume
- Einrichtung, Betrieb und Wartung der Notrufeinrichtung
- Vermittlungsstelle für Kontakte
- Auskünfte und Beratung in Fragen des täglichen Lebens.

Die Krankenkassen erstellen und aktualisieren eine Liste der Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“. Sie werden in der **Anlage 3** aufgeführt. Zuordnungsprobleme werden im Vertragsausschuß nach § 20 dieses Rahmenvertrages behandelt.

Protokollnotiz: Soweit die Voraussetzungen für „Betreutes Wohnen“ nicht vorliegen, erfolgt eine reguläre, unverminderte Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach diesem Vertrag.

§ 16 Einzugsbereich des Versorgungsvertrages

- (1) Der Abschluß des Versorgungsvertrages erfolgt für einen örtlichen oder regionalen Einzugsbereich. Der zu vereinbarende Einzugsbereich beträgt bei Landkreisen mindestens eine Gemeinde, bei Stadtkreisen mindestens einen Stadtbezirk; bei großen Kreisstädten können auch Einzugsbereiche von mindestens 20.000 Einwohnern vereinbart werden.
- (2) Bei einer Verlegung des Pflegedienstes innerhalb des Einzugsbereiches ist der Pflegedienst verpflichtet, hiervon seinen Spitzenverband sowie die VdAK/AEV-Landesvertretung zu informieren.

§ 17 Datenschutz / Schweigepflicht

- (1) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der in § 294 SGB V genannten Zwecke verarbeitet, bekanntgegeben, zugänglich gemacht und sonst genutzt werden.
- (2) Der Pflegedienst verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67-85 SGB X bleiben unberührt.
- (3) Die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten, seines häuslichen Umfeldes und seiner Krankheit, der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Ersatzkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Ersatzkasse erforderlich sind.

- (4) Der Pflegedienst hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

§ 18 Beendigung des Versorgungsvertrages

Der Versorgungsvertrag endet durch

- Kündigung durch die VdAK/AEV-Landesvertretung oder durch den Pflegedienst
- Aufgabe des Pflegedienstes oder Verlegung außerhalb des Einzugsbereiches
- Dauerhafte Unterschreitung der Mindestvoraussetzungen.

Werden die Mindestanforderungen gem. § 1 der Anlage 2 dieses Rahmenvertrages für mehr als 2 Monate unterschritten, ist dies der VdAK/AEV-Landesvertretung (siehe § 4 Absatz 2 dieses Rahmenvertrages) schriftlich anzuzeigen. Wird die Unterschreitung in den nachfolgenden 4 Monaten nicht behoben, endet der Versorgungsvertrag automatisch zum Ende des 6. Monats nach Beginn der Unterschreitung. In diesem Fall hat der Pflegedienst darauf hinzuwirken, daß die bisher von ihm versorgten Versicherten von einem anderen Pflegedienst mit Versorgungsvertrag versorgt werden.

§ 19 Vertragsverstöße

- (1) Beachtet ein Vertragspartner (Trägerverband, Pflegedienst oder Ersatzkasse) seine vertraglichen Pflichten nicht oder handelt entgegen den Bestimmungen des Rahmenvertrages, kann von ihm Abhilfe bzw. Unterlassung verlangt werden. Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt. Dem Vertragspartner sind die Verstöße schriftlich zu nennen und es ist ihm Gelegenheit zu geben, sich gegenüber dem Vertragspartner innerhalb von 2 Wochen zu äußern.
- (2) Setzt ein Vertragspartner seine Vertragsverstöße trotz des Verfahrens nach Abs. 1 fort oder handelt in schwerwiegendem Maße gegen die Bestimmungen dieses Rahmenvertrages, so kann der Versorgungsvertrag ihm gegenüber mit sofortiger Wirkung außerordentlich gekündigt werden.
- (3) Als schwerwiegende Verstöße gelten insbesondere
- Schädigung des Versicherten durch Pflichtverletzung
 - Annahme von Pflegeaufträgen zur Vermittlung und Weitergabe an Dritte im Sinne
 - § 7 dieses Rahmenvertrages
 - Berechnung nicht erbrachter Leistungen Wegfall der personellen Mindestvoraussetzungen nach Anlage 2 dieses Rahmenvertrages
 - Fälschung von abrechnungsrelevanten Unterlagen (einschließlich der Pflegedokumentation).

§ 20 Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen, die auf örtlicher Ebene zwischen einer Krankenkasse und einem Pflegedienst nicht bereinigt werden können, ist ein paritätisch besetzter Vertragsausschuss zu bilden.
- (2) Der Vertragsausschuss besteht aus jeweils vier Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und Vertretern der Verbände der Pflegedienste, darunter mindestens je einem Vertreter des Landesverbandes der betroffenen Krankenkasse und einem Vertreter des Verbandes des betroffenen Pflegedienstes. Das Nähere regelt eine Geschäftsordnung.
- (3) Ziel der Verhandlung vor dem Vertragsausschuss ist es, über Streitpunkte eine gütliche Einigung herbeizuführen.
- (4) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners dieses Rahmenvertrags einzuberufen.

§ 21 Klärung von Grundsatzfragen

Die Vertragspartner erklären sich bereit, zu Fragen zu verhandeln, die über Einzelfälle hinaus gehen. Zu entsprechenden Gesprächen bzw. Verhandlungen kann jede Vertragspartei unter Angabe der zu klärenden Sachverhalte mit einer Ladungsfrist von mindestens 14 Tagen auffordern.

§ 22 Vorbehalt Richtlinien § 92 Absatz 1 Nr. 6 SGB V

Die vorstehenden Regelungen gelten vorbehaltlich einer anderweitigen Festlegung in den Richtlinien gem. § 92 Absatz 1 Nr. 6 SGB V.

§ 23 Übergangsregelung

Pflegedienste, welche die Voraussetzungen der Anlage 2 dieses Rahmenvertrages noch nicht erfüllen, jedoch über einen Vertrag gem. § 132 SGB V alter Fassung verfügen, erhalten einen Versorgungsvertrag nach den Bestimmungen dieses Rahmenvertrages, sofern sie sich unverzüglich bei ihrem Spitzenverband melden und der Vertragsausschuß nach § 20 dieses Rahmenvertrags dem Abschluß des Versorgungsvertrags zustimmt.

§ 24 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. August 1998 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner getrennt mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Weitergeltung des Rahmenvertrages für die übrigen Vertragspartner.
- (3) Teilkündigungen sind möglich.
- (4) Bei einer Kündigung bleiben die bisherigen Vertragsbestimmungen bis zum Abschluß einer Folgevereinbarung weiter bestehen.

Stuttgart, Karlsruhe, München, Loßburg, Hannover, Laufenburg, Mannheim,
den 30.07.1998

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK),
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Baden-Württemberg

Arbeitgeberverband ambulanter
Pflegedienste e.V.

Bundesverband Ambulante
Dienste e.V.

Bundesverband privater Alten- u.
Pflegeheime u. ambulanter Dienste
e.V.

Berufsverband Hauskrankenpflege
in Deutschland e.V.

Landesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e.V.

Verband Deutscher Alten- und
Behindertenhilfe e.V.

Anlage 1

zum Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V

zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und

den Landesverbänden der privatgewerblichen Pflegedienste

Verpflichtungserklärung

Nach § 4 des Rahmenvertrages nach § 132 a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (gültig ab 1. Juni 1998) bestätigt der Pflegedienst

Name, Anschrift/Stempel des Pflegedienstes

daß der o.g. Rahmenvertrag und alle dazugehörigen Anlagen (sowie eventuelle Protokollnotizen) in der jeweils gültigen Fassung bekannt sind und der Pflegedienst verpflichtet ist, die Regelungen korrekt anzuwenden.

Bei Wechsel des Geschäftsführers oder der verantwortlichen Pflegefachkraft wird die Verpflichtungserklärung sowohl der VdAK/AEV-Landesvertretung als auch dem zuständigen Trägerverband des Pflegedienstes erneut ausgehändigt.

Name des Pflegedienstes

Ort, Datum

Unterschrift des Inhabers bzw. Geschäftsführers

Für die Kenntnisnahme
Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft

Anlage 2

zum Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V

zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und

den Landesverbänden der privatgewerblichen Pflegedienste

§ 1 Personelle Voraussetzungen

(1) Verantwortliche Pflegefachkraft

Der Pflegedienst verfügt über eine verantwortliche Pflegefachkraft, die folgende fachlichen Voraussetzungen erfüllt und nachweist:

- Sie besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester oder -pfleger, Kinderkrankenschwester oder -pfleger“ entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.
- Sie führt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin oder -pfleger“ mit dreijähriger Ausbildung. In diesem Fall muß die Stellvertretung die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester bzw. Kinderkrankenschwester“ besitzen .
- Sie muß innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre einen der oben genannten Berufe hauptberuflich, davon grundsätzlich mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich ausgeübt haben.
- Sie verfügt über den Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Std. oder den Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement. Verantwortliche Pflegefachkräfte, die über eine entsprechende Weiterbildung nicht verfügen, müssen im Rahmen einer Übergangsfrist von fünf Jahren nach Abschluß dieses Rahmenvertrages diese Qualifikation erworben haben.
- Sie ist in dieser Funktion in einem vollzeitigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis angestellt. Die Grundsätze und Maßstäbe zu Qualität und Qualitätssicherung gem. § 80 SGB XI Nr. 3.1.2.3 gelten entsprechend.

(2) Personelle Mindestausstattung

- Pflegekräfte im Umfang von 3 Vollstellen - sozialversicherungspflichtig beschäftigt (unter Einschluß der verantwortlichen Pflegefachkraft gem. Absatz 1)
- Verantwortliche Pflegefachkraft - vollzeitbeschäftigt
- Stellvertretung, mindestens zu 75 % beschäftigt

- Weitere Pflegekräfte, so daß der Umfang von 3 Vollstellen erreicht wird. Teilzeitbeschäftigung ist möglich
- Der Anteil der Leistungen nach diesem Vertrag, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, soll im Jahresdurchschnitt 20 % nicht übersteigen.

§ 2 Organisatorische Voraussetzungen

Der Pflegedienst erfüllt folgende organisatorische Voraussetzungen :

- Mitarbeiterdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen
- Eigenständiger Telefonanschluß mit Anrufbeantworter
- Für die Versorgung der Patienten notwendige Mobilität
- Aktuelle Patienten-Dokumentation, Einsatzplan und Einsatznachweis.

§ 3 Einrichtung und Ausstattung des Pflegedienstes

- (1) Der Pflegedienst verpflichtet sich alle für den Betrieb des Dienstes notwendigen Ausstattungsgegenstände vorzuhalten.
- (2) Alle in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet sein und den Sicherheitsstandards entsprechen.

§ 4 Kooperationen

- (1) Zur Erfüllung der Voraussetzungen auf Abschluß eines Versorgungsvertrages sind Kooperationen mit anderen Pflegediensten möglich. Die Kooperationspartner schließen einen Vertrag ab. Dieser ist der VdAK/AEV-Landesvertretung vorzulegen.
- (2) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Leistungsempfängern und der VdAK/AEV-Landesvertretung der Pflegedienst, mit dem der Versorgungsvertrag besteht. Dieser rechnet auch die vom Kooperationspartner erbrachten Leistungen mit den Ersatzkassen ab.

Anlage 3

zum Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V

zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und

den Landesverbänden der privatgewerblichen Pflegedienste

Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ nach diesem Vertrag

Vorläufig gilt die vom Sozialministerium Baden-Württemberg 1995 veröffentlichte Einrichtungsliste zum „Betreuten Wohnen“.

**Änderungsvereinbarung zur Anlage 4 zum Rahmenvertrag nach § 132 a SGBV vom
30.07.1998**

Zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg

dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,
Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg

vertreten durch die Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstr. 7, 70178 Stuttgart

und

XXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

wird folgende Änderungsvereinbarung zur Anlage 4 geschlossen:

I. Ab XX.XX.XXXX gilt folgende Regelung:

Es wird folgende Vereinbarung als Anlage A (= Preisvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V) zum Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V geschlossen:

1. Preise für die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V:

Grundlage für die Verordnungsfähigkeit der Leistungen der Behandlungspflege bilden die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung.¹

Erfolgen Änderungen der Richtlinien (neue Leistungen, Veränderungen der Leistungen etc.) nehmen die Vertragspartner im Hinblick auf die Zuordnung der Leistungen zu den Leistungsgruppen Verhandlungen auf.

Die Leistungen der Behandlungspflege werden in vier Leistungsgruppen eingeteilt. Die Zuordnung ergibt sich aus der Anlage 1.

Für die Leistungsgruppen I – III kommen folgende Preise zur Abrechnung:

Leistungsgruppe I: Fachkräfte	X,XX EUR
Leistungsgruppe I: einjährige Pflegekräfte	X,XX EUR
Leistungsgruppe II:	X,XX EUR
Leistungsgruppe III:	X,XX EUR

Die Preise der Leistungsgruppe I - III gelten je Hausbesuch. Werden in einem Hausbesuch Leistungen aus unterschiedlichen Leistungsgruppen erbracht, kommt nur der Preis der höheren Leistungsgruppe zur Abrechnung.

¹ Der bpa gibt hierzu folgende Anmerkung zu Protokoll: Diese Vereinbarung wird von Seiten des bpa ohne Anerkennung der Wirksamkeit der Richtlinien nach § 92 SGB V geschlossen.

Für die Leistungen in Leistungsgruppe IV gilt:

Die Preise für die Leistungen der Leistungsgruppe IV werden für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.

2. Preis für die Grundpflege nach § 37 SGB V und § 198 RVO:

Der Preis für einen Hausbesuch im Sinne von § 2 Abs. 1 des Rahmenvertrages beträgt X,XX EUR.

3. Preis für die hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V:

Der Preis für die hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne von § 2 Abs. 3 des Rahmenvertrages beträgt je Leistungstag X,XX EUR.

4. Preis für die Anleitung

Die "Anleitung in der Behandlungspflege" wird mit X,XX EUR zusätzlich zum Preis der Behandlungspflege vergütet.

Die "Anleitung in der Grundpflege" wird mit X,XX EUR zusätzlich zum Preis der Grundpflege vergütet.

Die Regelungen zur Erbringung der Leistung „Anleitung bei der Grund- bzw. Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ sind zwischen den Vertragspartnern in der Anlage 2 verbindlich vereinbart.

5. Muss die häusliche Krankenpflege laut ärztlicher Verordnung **in der Zeit von 20:00 Uhr bis 06:00 Uhr** erbracht werden, wird für einen Hausbesuch ein Zuschlag von X,XX EUR gezahlt.

6. Wird häusliche Krankenpflege **an Sonn- und Feiertagen** erbracht, wird für einen Hausbesuch ein Zuschlag von X,XX EUR gezahlt.

7. Wird häusliche Krankenpflege **bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren, die an schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, AIDS, Mukoviszidose, Speiseröhrenmissbildung, Lungenreife-
festörung) leiden** erbracht, wird ein Zuschlag für diesen Hausbesuch von X,XX EUR gezahlt.

8. Abrechnungsbestimmungen:

Die Kosten für Einwegmaterial und Einwegspritzen (analog der Sprechstundenbedarfsregelung) sowie die Fahrtkosten sind mit dem Preis abgegolten.

8. Laufzeit:

Die Preisvereinbarung tritt am XX.XX.XXXX in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum XX.XX.XXXX gekündigt werden. Die Preise gelten bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung weiter.

Stuttgart, den XX.XX.XXXX

Unterschriften

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Anlage 1 zur Preisvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V vom XX.XX.XXXX

Leistungen der jeweiligen Leistungsgruppen

Leistungsgruppe I

Alle Leistungen der Leistungsgruppe I können auch von einer Pflegekraft mit einjähriger Ausbildung (Krankenpflegehelfer/in, Altenpflegehelfer/in, jeweils mit staatlicher Anerkennung) erbracht werden.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
1.1	10	Blutdruckmessung	
1.2	11	Blutzuckermessung	
1.3	18	Injektionen: s. c. Injektionen	
1.4	19	Richten von Injektionen	
1.5	21	Auflegen von Kälteträgern	Gilt auch für das Auflegen von Wärmeträgern.
1.6	26	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Ins- tationen, Inhalationen)	Auf Muster 12 muss „Medikamentengabe“ - „vera- breichen“ verordnet und genehmigt sein. Bäder zur Behandlung von Hautkrankheiten werden nach Leistungsgruppe II Nr.10 (medizinisches Teil- bad) bzw. Leistungsgruppe III Nr. 11 (medizinisches Vollbad) abgerechnet.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
1.7	31	Verbände: An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV	Abrechnungsfähig pro Hausbesuch. Kompressionsverbände: s. Leistungsgruppe II Nr. 1 Kompressionsstrümpfe sind ausschließlich bei mobilen Patienten indiziert, bei liegenden Patienten müssen sie ausgezogen werden, da der hohe Druck zu lokalen Druckschäden führen kann.

Leistungsgruppe II

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
2.1	31	Verbände: Anlegen eines Kompressionsverbandes Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden	Kompressionsstrümpfe: s. Leistungsgruppe I Nr. 7
2.2	9	Blasenspülung	
2.3	20	Instillation	
2.4	12	Dekubitusbehandlung Grad 2	Bei der Verordnung ist der Dekubitus (Lokalisation, Grad, Größe) sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren.
2.5	17	Inhalation	Pflegekraft muss während der Maßnahme im Haushalt bleiben
2.6	18	Injektionen: i. m. Injektion	
2.7	22	Versorgung eines suprapubischen Katheters	
2.8	27	Versorgung bei PEG	
2.9	28	Stomabehandlung	Der Basisplattenwechsel bei Anus praeter ist kein Verbandwechsel und ist somit eine Maßnahme der

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
			Grundpflege.
2.10	26	Richten von Medikamenten	Die Abrechnung ist nur 1x wöchentlich möglich. Auf Muster 12 muss „Medikamentengabe“ – „richten“ verordnet und genehmigt sein.
2.11	26	Medikamentengabe: Medizinisches Teilbad zur Behandlung bei Hautkrankheiten	Medizinisches Vollbad: s. Leistungsgruppe III Nr. 11

Leistungsgruppe III

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
3.1	13	Versorgen und Überprüfen von Drainagen	
3.2	6	Absaugen	
3.3	12	Dekubitusbehandlung Grad 3 und 4	Bei der Verordnung ist der Dekubitus (Lokalisation, Grad, Größe) sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren.
3.4	14	Einlauf, Klysma, Klistier, digitale Enddarmausräumung	
3.5	16	i. v. Infusionen	Ohne Medikamentenzusatz Verlaufsbogen erforderlich. Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle, intrathekale sowie subcutane Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege; für ihre Ausführung auf Basis einer ärztlichen Delegation bestehen gesonderte Regelungen.
3.6	23	Katheterisierung der Harnblase	
3.7	25	Legen und Wechseln von Magensonden	
3.8	29	Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
3.9	30	Pflege des zentralen Venenkatheters	Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung
3.10	31	Verbände: Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	<u>Wird bei der Diagnose Ulcus cruris "Anlegen eines Kompressionsverbandes" verordnet, schließt sich laut Richtlinien nach § 92 SGB V die gleichzeitige Verordnung „Anlegen und Wechseln eines Wundverbandes“ aus. Ist dennoch eine Wundversorgung erforderlich, so sind in der Verordnung unter „Lokalisation/Wundbefund“ die Lage, Größe und der Zustand der Wunde vom Arzt zu beschreiben. Handelt es sich demnach um mehr als das Anlegen eines Wund-schnellverbandes kommt der Preis der LG 3 zur Abrechnung. Fehlen die genannten erforderlichen Angaben auf dem Verordnungsschein, ist die Leistung „Anlegen eines Kompressionsverbandes“ zu genehmigen, die mit dem Preis der LG 2 vergütet wird.</u>
3.11	26	Medikamentengabe: Medizinisches Vollbad zur Behandlung bei Hautkrankheiten	Medizinisches Teilbad: s. Leistungsgruppe II Nr. 11

Leistungsgruppe IV

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Leistungen*	Bemerkungen*
4.1	15	Flüssigkeitsbilanzierung	Der Preis wird für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.
4.2	8	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Der Preis wird für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.
4.3	24	Spezielle Krankenbeobachtung	<p>Der Preis wird für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanente Anwesenheit der Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum. - Kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen <p>Mit der Vergütung sind alle in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen abgegolten.</p>

* Es gelten alle Bemerkungen aus dem „Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege / Anlage der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V und Abs. 7 SGB V“

Anlage 2 zur Preisvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach
§ 37 GB V vom 05.02.2007

Anleitung bei der Grund- und / oder Behandlungspflege

Die nachfolgenden Regelungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Anleitung bei der Grund- bzw. Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ werden zwischen den Vertragspartnern verbindlich vereinbart.

§ 1 Inhalt und Zielsetzung der Leistung „Anleitung bei der Grund- und / oder Behandlungspflege in der Häuslichkeit“

Zur Beschreibung der Inhalte und der Zielsetzung der Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ wird auf die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V verwiesen.

§ 2 Anleitungsfähige Maßnahmen

Prinzipiell sind alle verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach Verordnung des jeweiligen Arztes auch anleitungsfähig.

§ 3 Voraussetzungen

Bei der Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ stehen prinzipiell der Versicherte selbst und/oder im Haushalt lebende Personen im Vordergrund (vgl. § 37 Abs. 3 SGB V). Die Bereitschaft zur Übernahme dieser Verantwortung muss jedoch bei der anzuleitenden Person ebenso gegeben sein, wie das Vorhandensein entsprechender Lernpotentiale, ausreichende seelische, geistige und physische Fähigkeiten.
Die Prüfung dieser Voraussetzungen ist Aufgabe des verordnenden Arztes.

§ 4 Dokumentation

Die Form der Dokumentation liegt in der Verantwortung des mit der Anleitung vom Versicherten beauftragten Pflegedienstes.

§ 5 Qualifikation

Die Anleitung von Behandlungspflege in der Häuslichkeit erfolgt durch dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte. Für die Anleitung von Leistungen der Leistungsgruppe I ist auch der Einsatz von 1-jährig ausgebildeten Pflegekräften möglich.

§ 6 Abrechnungsverfahren und Unterschriftenblatt zur Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege“

Das Abrechnungsverfahren sowie der Nachweis der Leistungen ergibt sich aus § 7 des Rahmenvertrages nach § 132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe und häuslicher Pflegehilfe. Darüber hinaus ist der Pflegedienst verpflichtet, die durchgeführte Anleitung jeweils von der angeleiteten Person schriftlich auf einem Unterschriftenblatt zur Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege“ bestätigen zu lassen und dieses mit der Pflegedokumentation aufzubewahren. Das Unterschriftenblatt muss folgende Angaben enthalten:

- **Name und Vorname, Geburtsdatum des/der Versicherten**
- **Anzuleitende Maßnahme(n)**
- **Datum der jeweiligen Anleitung**
- **Namenskürzel der anleitenden Pflege(fach-)kraft**
- **Unterschrift der angeleiteten Person je Anleitung**