

**Vertrag
gemäß § 132 a SGB V
über die Versorgung mit
häuslicher Krankenpflege**

zwischen

dem Pflegedienst

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Institutionskennzeichen:

- im Folgenden Leistungserbringer genannt -

und

den Ersatzkassen

- **den Ersatzkassen**

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.5
SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V., (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
Kapitel I – Allgemeine Grundsätze –	4
§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	4
§ 2 Verordnung/Genehmigung von häuslicher Krankenpflege	5
§ 3 Vorläufige Kostenzusage.....	7
§ 4 Zuzahlungen	8
§ 5 Vermittlungsverbot	8
§ 6 Wahl des Leistungserbringers.....	8
§ 7 Datenschutz, Schweigepflicht.....	9
§ 8 Vertragsverstöße	10
Kapitel II – Abrechnungsverfahren –	12
§ 9 Institutionskennzeichen	12
§ 10 Abrechnungsregelung	13
Kapitel III – Qualitätsmaßstäbe –	19
Abschnitt 1 – Qualitätsmanagement und Qualitätsprüfungen –	19
§ 11 Qualitätsmanagement	19
§ 12 Qualitätsprüfungen	20
Abschnitt 2 – Strukturqualität –	22
§ 13 Organisatorische Voraussetzungen.....	22
§ 14 Betriebseinrichtung	24
§ 15 Fachliche Anforderungen.....	25
§ 16 Verantwortliche Pflegefachkraft.....	26
§ 17 Pflegefachkräfte	28
§ 18 Pflegekräfte.....	28
Abschnitt 3 – Prozessqualität –	29
§ 19 Pflegeprozess.....	29
§ 20 Pflegeplanung	30
§ 21 Pflegedokumentation	31

Abschnitt 4 – Ergebnisqualität –	33
§ 22 Ergebnisqualität	33
Kapitel IV – Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung –	34
§ 23 Wirtschaftlichkeit.....	34
§ 24 Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	34
§ 25 Hausbesuchspauschale.....	36
Kapitel V – Zusammenarbeit mit Dritten –	37
§ 26 Beteiligte	37
§ 27 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt	37
§ 28 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus	38
Kapitel VI – Sonstiges –	39
§ 29 Mitteilungen	39
§ 30 Pflegebedürftigkeit.....	39
§ 31 Vergütung.....	39
§ 32 Schiedsperson	40
Kapitel VII – In-Kraft-Treten und Kündigung.....	40
§ 33 In-Kraft-Treten	40
§ 34 Kündigung	40
§ 35 Einstellung des Betriebes.....	41
§ 36 Salvatorische Klausel	41

Präambel

Die Ersatzkassen und der Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Der Leistungserbringer 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.

Kapitel I

– Allgemeine Grundsätze –

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Der Leistungserbringer übernimmt die Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen gemäß § 132a SGB V mit

- a) häuslicher Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1 SGB V zur Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausbehandlung,
- b) häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Behandlung

ausschließlich im Haushalt des Versicherten

Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sowie die Rahmenempfehlung gemäß § 132 a Abs.1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages.

- (2) Für räumlich getrennte Filialen oder andere Stellen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag mit einem gesonderten Institutionskennzeichen erforderlich. Die fachlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sind jeweils gesondert zu erfüllen.
- (3) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte häusliche Krankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnissen als aktivierende Pflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.

§ 2

Verordnung/Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Ersatzkasse genehmigten Verordnung des behandelnden Vertragsarztes.
- (2) Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden von der Ersatzkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung (Muster 12) vorliegt. Der Versicherte oder der gesetzliche Vertreter hat die Genehmigung der Verordnung auf der Rückseite des Formulars schriftlich zu beantragen. Die Unterschrift durch den Leistungserbringer bzw. seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Rückseite der Verordnung frei. Der Leistungserbringer gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an.
- (3) Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V inkl. Leistungsverzeichnis sind für die Verordnung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sowie für die Genehmigung durch die Ersatzkasse maßgeblich. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig und werden nicht von der Ersatzkasse genehmigt. Soweit bisherige vertragliche Vereinbarungen spezifische Leistungen für psychisch Kranke beinhalten, sind diese bis zu einer entsprechenden Anpassung der Richtlinie ebenfalls verordnungsfähig (vgl. Nr. 3 der Richtlinien).
- (4) Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege werden nur genehmigt, soweit sie weder vom Versicherten selbst, noch von einer in seinem Haushalt lebenden Person durchgeführt werden können.

- (5) Bezieht der Versicherte Leistungen der Pflegeversicherung, übernimmt die Ersatzkasse die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung als Satzungsleistung der Sicherungspflege nicht.
- (6) Unbeschadet der Regelungen nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) werden Leistungen zunächst nur für einen befristeten Zeitraum von in der Regel 14 Kalendertagen genehmigt. Ist aus dem Zustand der oder des Versicherten erkennbar, dass der zunächst verordnete Zeitraum nicht ausreicht, kann die Folgeverordnung auch für eine längere Dauer ausgestellt werden, wenn in der Folgeverordnung die Notwendigkeit begründet wird. Die Folgeverordnung ist in den letzten drei Werktagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.
- (7) Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (8) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist vor dem Tätigwerden des Leistungserbringers der zuständigen Ersatzkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes vorzulegen. Sofern für die Prüfung durch den MDK gemäß § 275 SGB V im Ausnahmefall ergänzende Unterlagen (z. B. aktuelle Wundberichte, Skalierungen) erforderlich sind, stellt der Leistungserbringer diese dem MDK unentgeltlich zur Verfügung.
- (9) Kann die Durchführung oder das Ziel der verordneten Leistungen nicht mehr gewährleistet werden, informiert der Leistungserbringer die Ersatzkasse und den behandelnden Vertragsarzt unverzüglich.

§ 3

Vorläufige Kostenzusage

- (1) Die Ersatzkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Ersatzkasse vorliegt.
- (2) Sofern die Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen.
- (3) Ist in begründeten Fällen, die nicht vom Leistungserbringer zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht. Der Leistungserbringer gibt auf der Verordnung oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an. Die Unterschrift durch den Leistungserbringer bzw. seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen.
- (4) Die vorläufige Kostenzusage gilt nicht,
 - wenn für den Leistungserbringer offensichtlich erkennbar die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist,
 - wenn Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung verordnet wurden, es sei denn die Satzung der Ersatzkasse sieht solche Leistungen vor, oder wenn diese Leistungen nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß dem SGB XI verordnet wurden oder
 - wenn Leistungen zu Lasten einer nicht zuständigen Ersatzkasse verordnet wurden,
 - wenn Leistungen keine Satzungsleistungen der zuständigen Ersatzkasse sind.

§ 4 Zuzahlungen

- (1) Häusliche Krankenpflege wird von den Ersatzkassen als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden. Vom Versicherten dürfen auch keine Zahlungen verlangt werden, sofern die Ersatzkasse § 3 Abs. 2 dieses Vertrages anwendet. Verstöße berechtigen die Ersatzkassen zur fristlosen Vertragskündigung (s. § 33 Absatz 2 dieses Vertrages).

§ 5 Vermittlungsverbot

- (1) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) gilt als Verstoß gemäß § 8 dieses Vertrages und berechtigt die Ersatzkassen zur fristlosen Vertragskündigung (s. § 33 Absatz 2 dieses Vertrages).
- (2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 6 Wahl des Leistungserbringers

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

§ 7

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (europäische Datenschutz-Grundverordnung [EU-DSGVO], Sozialgesetzbuch [SGB] X, Landesdatenschutzgesetz [LDSG] Rheinland-Pfalz, Bundesdatenschutzgesetz [BDSG]) einzuhalten. 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.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden 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.
- (3) 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.
- (4) 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.

- (5) 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 der Krankenkassen (MDK) bzw. dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst) und der leistungspflichtigen Kranken- bzw. Pflegekasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen bzw. Pflegekassen erforderlich sind.

§ 8

Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstoß gegen Vertragspflichten kann die Ersatzkasse

- eine Verwarnung oder
- Abmahnung

aussprechen.

- (2) Wenn der Vertragspartner seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist, kann der Vertrag fristlos gekündigt werden (s. § 33 Absatz 2 dieses Vertrages). Dies gilt insbesondere

- wenn der Versicherte infolge der Pflichtverletzung an Leib und Leben zu Schaden kommt oder in seinen vermögenswerten Rechten verletzt wird,
- bei Manipulationen jeder Art,
- bei Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
- bei schwer wiegenden pflegebedingten Qualitätsmängeln, die medizinisch oder pflegerisch festgestellt sind

- bei der Forderung oder Annahme von Zuzahlungen des Versicherten zu den Vertragsleistungen oder
 - bei Annahme von Pflegeaufträgen zur Vermittlung und Weitergabe an Dritte
 - wiederholter od. schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen (§ 7).
- (3) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Vertragsverstößen des Leistungserbringers, die zur außerordentlichen Kündigung eines mit diesem für die Erbringung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI bestehenden Versorgungsvertrages berechtigen.
- (4) Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt.

Kapitel II

– Abrechnungsverfahren –

§ 9

Institutionskennzeichen

- (1) Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (3) Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der zuständigen vdek-Landesvertretung bei Vertragsabschluss mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

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

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

§ 10

Abrechnungsregelung

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

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (Verordnungsblätter, im Original),
- ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
- Leistungsnachweis im Original
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung)
- Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Nach § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten nach § 2 Abs. 1, Buchstaben a) (Abrechnungsdaten) und d) (Gesamtaufstellung der Abrechnung) der Richtlinien im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt und die Daten nach Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) sowie Leistungsnachweise in der dem Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.

Über den Einföhrungstermin des maschinellen Abrechnungsverfahrens in der häuslichen Krankenpflege entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam. Ab dem Zeitpunkt der Einföhrung sind die folgenden Abrechnungsanforderungen zu beachten. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden ab diesem Zeitpunkt von den Ersatzkassen abgewiesen.

- (2) Jeder neue Vertragspartner ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des vdek, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
- (3) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neuen Vertragspartner zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

- (4) Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

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

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

- (6) Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis zu bestätigen. Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig.

Der Leistungsnachweis enthält folgende Angaben:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
- Name und Vorname, Versichertennummer und Geburtsdatum des Versicherten
- Positionsnummer, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen (Positionsnummernverzeichnis der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- Datum und Uhrzeit des Einsatzes (Ende und Beginn)
- Gegenzeichnung der durchgeführten Leistungen durch Handzeichen der durchführenden Pflegekraft

Ist der Versicherte nicht in der Lage, den Leistungsnachweis selbst zu unterschreiben, kann die Unterschrift durch einen Vertretungsberechtigten erfolgen. Hierüber ist die Ersatzkasse in der Abrechnung schriftlich zu unterrichten. Kann die Unterschrift im Ausnahmefall weder durch den Versicherten noch durch einen Vertretungsberechtigten erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Der Leistungserbringer gibt auf dem Leistungsnachweis, ggf. auf einer Anlage zum Leistungsnachweis, die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben.
- (8) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Zugelassenen – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

- (9) Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt die Abrechnung übergangsweise nicht auf maschinellen Datenträgern nach Abs. 1, sondern auf standardisierten Abrechnungsformularen nach Anlage 2 der Richtlinien, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Abrechnungsformulare und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse von den standardisierten Abrechnungsformularen in maschinell verwertbare Datensätze umgewandelt werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen bzw. Datenträgern dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

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

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

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

- (11) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 10 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen

Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der zuständigen vdek – Landesvertretung vorzulegen.

- (12) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Kapitel III

– Qualitätsmaßstäbe –

Abschnitt 1

– Qualitätsmanagement und Qualitätsprüfungen –

§ 11

Qualitätsmanagement

- (1) Der Leistungserbringer hat Maßnahmen des Qualitätsmanagements (intern/extern) sicher zu stellen.
- (2) Die Maßnahmen des Qualitätsmanagements enthalten
 - die Beschreibung von Qualitätszielen in Form von Kriterien,
 - das Messen des tatsächlichen Leistungsniveaus und
 - das Festlegen und Evaluieren von ggf. erforderlichen Maßnahmen zur Modifikation der Leistungserbringung.
- (3) Die Qualität der Leistungserbringung umfasst dabei folgende Bestandteile:
 - Strukturqualität (Bedingungen, unter denen Versorgung, Betreuung und Pflege geleistet werden, wie Arbeitsorganisation, quantitative und qualitative Personalausstattung, sachliche Ausstattung),
 - Prozessqualität (Eigenschaften des Handlungsablaufes, wie Pflegeprozess, Pflegedokumentation, Durchführung der Pflege),
 - Ergebnisqualität (Eigenschaften des Pflege- und Behandlungsergebnisses, wie Pflegezustand des Versicherten,

- (4) Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements hat der Leistungserbringer folgende Instrumentarien auf Anforderung nachzuweisen:
- Formulierung pflegerischer Werte und Normen zur Beschreibung eines Qualitätsniveaus der Leistungserbringung, z. B. in Form eines Pflegeleitbildes,
 - Durchführung regelmäßiger Dienstbesprechungen mit Fallbesprechungen,
 - Durchführung und Dokumentation von Pflegevisiten durch eine verantwortliche Pflegefachkraft,
 - Einrichtung von Qualitätszirkeln, Planung und Durchführung von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen und deren Überprüfung,
 - berufsbezogene Fortbildungsveranstaltungen
 - Einarbeitungskonzept
 - Vorhandensein geeigneter aktueller Fachliteratur.
- (5) Der Leistungserbringer kann sich an externen Maßnahmen des Qualitätsmanagements wie z. B. Zertifizierungen, regionalen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen.
- (6) Entsprechende Nachweise sind der Ersatzkasse ggf. auf Anforderung vorzulegen.

§ 12

Qualitätsprüfungen

- (1) Wird vom vdek die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen. Für das Verfahren gelten die Regelungen der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege“ entsprechend.

(2) Grundlage der Prüfung sind insbesondere

- die Pflegedokumentation nach § 21
- die Personaleinsatzpläne nach § 15 Abs. 5,
- die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals
- Nachweise über Maßnahmen des internen/externen Qualitätsmanagements,
- Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise.

Diese Unterlagen sind fünf Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.

Abschnitt 2

– Strukturqualität –

§ 13

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege selbst sicherstellt. Der Leistungserbringer muss ständig erreichbar sein, ein Anrufbeantworter reicht nicht aus.
- (2) Der Leistungserbringer muss über eigene Geschäftsräume verfügen.
- (3) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die die Pflegekräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.
- (4) Der Leistungserbringer hat der zuständigen Landesvertretung vor Vertragsschluss 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 Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie für die Leiter des Leistungserbringers/Inhaber

e) Angaben über die Gesellschafter des Leistungserbringers

f) bei der Rechtsform:

1. einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR),

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

2. einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH),

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

3. eines eingetragenen Vereins (e. V.),

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

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

g) Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 17

h) Institutionskennzeichen des jeweiligen Leistungserbringers

Änderungen sind der zuständigen vdek-Landesvertretung unverzüglich bekannt zu geben.

- (5) Der Leistungserbringer hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Auf Wunsch kann die einzelne Ersatzkasse diese Unterlagen einsehen.
- (6) Der Leistungserbringer hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter-/innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

§ 14

Betriebseinrichtung

- (1) Der Leistungserbringer hat
 - a) eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
 - b) eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, für die Akutversorgung insbesondere folgende Sachmittel vorzuhalten (s.auch Anlage 5 des Vertrages):
 - Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Schere und Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe
 - Blutzuckermessgerät incl. Teststreifen und Lanzetten
 - Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
 - Krankenunterlagen, Inkontinenzartikel und Zellstoff
- (3) Alle in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

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

§ 15

Fachliche Anforderungen

- (1) Der Leistungserbringer erklärt und weist durch Vorlage der Originalunterlagen oder beglaubigter Kopien gegenüber der zuständigen Landesvertretung 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. Dieser Nachweis (s. Anlage 2) ist vor Vertragsabschluss und auf Anforderung der zuständigen vdek-Landesvertretung einzureichen.
- (2) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 16 erbracht werden.
- (3) Diese ist u. a. verantwortlich für
- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
 - die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Personaleinsatzplanung,
 - die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
 - die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen
- (4) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dazu fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden.

- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft, der Pflegefachkräfte und der Pflegekräfte durch berufsbezogene Fort-/Weiterbildung sicherzustellen, zu dokumentieren und diese auf Anforderung der zuständigen vdek-Landesvertretung nachzuweisen.
- (6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Vertragsleistungen entsprechend den Bedürfnissen nach einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und angemessenen Versorgung anzubieten und die Erreichbarkeit seiner Dienste nach Erfordernis des Versicherten Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten. Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.
- (7) Der Leistungserbringer hat eine leistungsfähige, gleichqualifizierte Vertretung von Mitarbeitern in allen Fällen der Verhinderung zu gewährleisten.

§ 16

Verantwortliche Pflegefachkraft

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

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger", "Kinderkrankenschwester" oder "Kinderkrankenpfleger", „Altenpfleger“ oder „Altenpflegerin“ entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung **besitzen** und
- b) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre eine praktische, hauptberufliche **Vollzeitbeschäftigung**¹ nach erteilter Erlaubnis in einem der

³ Als Vollzeit ist dabei i.d.R. die für diese Berufsgruppen im öffentlichen Dienst volle tarifvertragliche Arbeitszeit anzusehen, mindestens jedoch 30 Wochenstunden;

unter a) genannten Berufe in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung nachweisen und

- c) bei dem Leistungserbringer hauptberuflich Vollzeit³ in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen; diese Voraussetzung gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter oder als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonissen oder Kirchenbeamte im jeweiligen Leistungserbringer hauptberuflich tätig sind; ein Stellensplitting der Vollzeitbeschäftigung ist maximal mit zwei Pflegefachkräften möglich, sofern die Koordinierung des Arbeitsablaufes nachweislich gesichert ist; und
- d) den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen oder eine abgeschlossene Ausbildung im Rahmen eines Studienganges Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität erworben haben; bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers im Einzelfall Ausnahmen zugelassen werden.

§ 17

Pflegefachkräfte

Der Leistungserbringer hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft ständig mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger) zu beschäftigen. Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich bei dem Leistungserbringer mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.

§ 18

Pflegekräfte

- (1) Der Leistungserbringer kann darüber hinaus weitere geeignete Kräfte einsetzen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 16 erbringen.
- (2) Der Anteil der geringfügig Beschäftigten an der Gesamtzahl der Pflegekräfte soll 20 % möglichst nicht übersteigen.

Abschnitt 3

– Prozessqualität –

§ 19

Pflegeprozess

- (1) Die Versicherten erhalten auf der Grundlage des Pflegeprozesses und der aktuellen pflegerisch-medizinischen Erkenntnisse eine individuelle, ihrer Situation entsprechende zielgerichtete Pflege.
- (2) Dabei sind die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Versicherten vorhandenen Fähigkeiten mit einzubeziehen.
- (3) Angehörige, Bezugspersonen oder andere an der Pflege Beteiligte sind im Rahmen der Möglichkeiten ebenfalls in den Pflegeprozess einzubeziehen.
- (4) Durch Information, Beratung und Anleitung werden der Versicherte, seine Angehörigen und Bezugspersonen oder andere an der Pflege Beteiligte unterstützt.
- (5) Eine personelle Kontinuität sollte im Interesse der Bezugspersonenpflege sichergestellt werden.
- (6) Die Personaleinsatzplanung wird, orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, vorgenommen.

§ 20

Pflegeplanung

- (1) Die Pflegeplanung auf der Grundlage der genehmigten ärztlichen Verordnung ist Aufgabe der Pflegefachkraft.
- (2) Die Pflegefachkraft erhebt und dokumentiert im Rahmen des Erstbesuches systematisch aktuelle pflege- und behandlungsrelevante Informationen des Versicherten (Informationssammlung). Dabei wird der konkrete Pflegebedarf sowie die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Versicherten bzw. der Bezugsperson ermittelt.
Pflege- und behandlungsrelevante Veränderungen werden unverzüglich unter Angabe des Datums und des Handzeichens der Pflegefachkraft in der Informationssammlung nachgetragen und ergänzt.
- (3) Auf der Grundlage der Informationssammlung wird die Pflegediagnose erstellt.
- (4) Das Pflegeziel wird vom Pflegeproblem ausgehend versichertenbezogen unter Einbezug von dessen Angehörigen/Bezugsperson formuliert.
Die geplante Pflegeintervention (Pflegemaßnahme) erfolgt auf der Grundlage der Informationssammlung und entspricht den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.
- (5) Die Pflegefachkraft beurteilt unter Einbeziehung der Beteiligten das Erreichen der Pflegeziele (Pflegethese) und die Reaktionen des Versicherten und deren Bezugsperson auf die durchgeführte Pflegemaßnahme und hält die durchgeführte Bewertung im Pflegebericht schriftlich fest.
- (6) Der Pflegeplan wird entsprechend der Bewertung des Pflegeprozesses kontinuierlich aktualisiert.

§ 21

Pflegedokumentation

- (1) Der Leistungserbringer hat ein geeignetes dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglicht. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist, von begründeten Ausnahmefällen abgesehen, beim Versicherten aufzubewahren.
- (2) Die Pflegeprozessdokumentation wird von jedem an der Pflege beteiligten Mitarbeiter geführt.
- (3) Folgende Informationen müssen daraus mindestens ersichtlich sein:
 1. die Stammdaten einschließlich der Informationssammlung zu Beginn der Übernahme der Pflege und deren Fortschreibung,
 2. die Benennung der Selbstpflegethemen und Fähigkeiten des Versicherten und deren Bezugsperson zur Formulierung einer Pflegediagnose (Pflegeproblem),
 2. die Definition des Pflegeziels und die Planung der Pflegeintervention einschließlich der Ergebniskontrollen,
 3. der Pflegebericht zur Dokumentation der Beurteilung der Pflegewirkung auf die durchgeführte Pflegemaßnahme,
 4. das ärztliche Verordnungsblatt zur Dokumentation der medizinischen Diagnostik und Therapie,

5. Nachweise über die durchgeführten Pflēgetätigkeiten (Datum, Uhrzeit des Beginns), mit Unterschrift der jeweiligen Pflegefachkraft / Pflegekraft.
- (4) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen verwendet werden. Sofern in der Pflegedokumentation die Dokumentation der Vitalzeichen sowie anderer Parameter nicht vorgesehen ist, sind geeignete Verlaufsprotokolle vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen.
- (5) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Arzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und – soweit der Versicherte eingewilligt hat (§ 67 b Abs. 1 SGB X) – auf Anforderung der jeweiligen Ersatzkasse zugänglich zu machen.
- (6) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt 10 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

Abschnitt 4

– Ergebnisqualität –

§ 22

Ergebnisqualität

- (1) Die Pflegefachkraft überprüft die Wirksamkeit der Pflegeinterventionen anhand des definierten Pflege- und Behandlungsziels und der ärztlichen Verordnung regelmäßig. Hier ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die Ziele der aktivierenden Pflege im Pflegeprozess Berücksichtigung gefunden haben. Dabei sind auch das soziale und räumliche Umfeld, in dem die Pflege stattfindet, sowie die Leistungen der anderen an der Pflege Beteiligten zu berücksichtigen.
- (2) Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.
- (3) Der Pflegeverlauf und der aktuelle Zustand des Versicherten sowie die Notwendigkeit der Pflegeintervention ist jederzeit in der Dokumentation ersichtlich.
- (4) Die den jeweiligen Versicherten betreuende Pflegefachkraft anhand der einzelnen Phasen des Pflegeprozesses.

Kapitel IV

– Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung –

§ 23

Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen der Leistungserbringer sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Ersatzkassen nicht bewilligen und die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Ersatzkassen erbringen; eine orts- und bürgernahe Versorgung soll gewährleistet werden.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist der behandelnde Vertragsarzt umgehend zu informieren.

§ 24

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die zuständige vdek-Landesvertretung kann die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Leistungserbringer die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (2) Die zuständige vdek-Landesvertretung bestellt einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Leistungserbringers. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die vdek-Landesvertretung den Sachverständigen alleine bestellen.

- (3) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Leistungserbringers bzw. dem Verband, dem der Träger des Leistungserbringers angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 2 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von der zuständigen vdek-Landesvertretung zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.
- (4) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.
- (5) Der Leistungserbringer 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, Pflegedokumentation gemäß § 21, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Pflegeleistungen der Leistungsträger und die Mitarbeiterdokumentation gemäß § 15 Abs. 5. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Leistungserbringer abzusprechen.
- (6) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen.
- (7) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.
- (8) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser beinhaltet den Prüfungsauftrag, die Vorgehensweise bei der Prüfung, die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände, die Gesamtbeurteilung, ggf. eine Empfehlung zur Umsetzung der Prüfungsfeststellung.

- (9) Der Leistungserbringer bzw. der Träger des Leistungserbringers sind über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren und ggf. anzuhören. Auf Wunsch händigt die zuständige vdek-Landesvertretung dem Leistungserbringer den Prüfbericht aus.

§ 25

Hausbesuchspauschale

- (1) Die Leistungserbringung hat auf der Grundlage eines wirtschaftlichen Einsatzplanes zu erfolgen, um unnötige Einsätze zu vermeiden.
- (2) Die Hausbesuchspauschale kann nur in Verbindung mit erbrachten Vertragsleistungen anfallen.
- (3) Die Hausbesuchspauschale kann nur dann gesondert abgerechnet werden, wenn sie nicht Bestandteil der Leistungsbewertung sind.
- (4) Bezieht der Versicherte Leistungen nach SGB V und SGB XI, so sind diese möglichst während eines Einsatzes zu erbringen. Die Hausbesuchspauschale kann in diesem Falle nur hälftig mit der Pflege- und der Krankenkasse abgerechnet werden.
- (5) Die Abrechnung der Hausbesuchspauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Pflegeleistungen bei mehreren Versicherten ist in den Vergütungsvereinbarungen zu regeln.
- (6) Bei Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen des betreuten Wohnens, die sich am Sitz des ambulanten Pflegedienstes befinden kann die Hausbesuchspauschale nicht gesondert abgerechnet werden.

Kapitel V

– Zusammenarbeit mit Dritten –

§ 26

Beteiligte

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der Leistungserbringer mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der jeweiligen Ersatzkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.

§ 27

Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt

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

§ 28

Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

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

Muster

Kapitel VI

– Sonstiges –

§ 29

Mitteilungen

Alle den Vertrag betreffenden Änderungen sind der zuständigen vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 30

Pflegebedürftigkeit

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

§ 31

Vergütung

- (1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt nach Anlage 6 des Vertrages.
- (2) Mit den Gebühren sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten (u.a. die Versorgung und Sterilisation der verwendeten Geräte). Dies gilt nicht für ärztlich verordnete Arzneien, Verbandsmaterial und sonstige Heil- und Hilfsmittel, die von den Lieferanten direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden.
- (3) Die Gebührensätze beinhalten zur Abgeltung der Kosten für die in der Anlage 4 des Vertrages über Häusliche Krankenpflege aufgeführten Krankenpflegeartikel einschließlich für deren Beschaffung jeweils einen Zuschlag, dessen Höhe sich aus der Protokollnotiz ergibt.

§ 32 Schiedsperson

- (1) Kommt eine Einigung nach § 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht zu Stande, kann der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson festgesetzt werden. Die Schiedsperson ist für jedes Festsetzungsverfahren neu zu bestellen. Für das Verfahren gilt die Protokollnotiz zum Rahmenvertrag nach § 132a SGB V in der jeweils geltenden Fassung (Anlage 7).

Kapitel VII

- In-Kraft-Treten und Kündigung

§ 33

In-Kraft-Treten

Dieser Vertrag tritt am _____ in Kraft.

§ 34

Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres ganz oder teilweise gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (2) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 8 Absatz 2 hat die Ersatzkasse das Recht, den Vertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen (fristlose Kündigung).

- (3) Die Gebührenvereinbarung (Anlage 6) kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres frühestens zum _____ gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an alle Vertragspartner erfolgen.

§ 35

Einstellung des Betriebes

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Ersatzkasse und die Landesvertretung des vdek vor der beabsichtigten vollständigen oder teilweisen Einstellung seiner Pflegetätigkeit nach diesem Vertrag rechtzeitig, spätestens 2 Wochen vorher, schriftlich oder vorab per Telefax zu unterrichten.
- (2) Der Ersatzkasse sind in diesem Falle Name und Versichertennummer der betroffenen Versicherten, die bei ihr versichert sind, mitzuteilen.

§ 36

Salvatorische Klausel

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

_____, den _____

_____, den _____

Leistungserbringer

Verband der Ersatzkassen e.V.

(vdek)

Der Leiter der Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Anlagen

Anlage 1 zu dem Vertrag gemäß § 132 a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege vom

zwischen

- nachfolgend „Pflegedienst“ -

und

den Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.5 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Rheinland-Pfalz

§ 1

An folgende Berufsgruppen können gemäß § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrages über häusliche Krankenpflege und häusliche Pflegehilfe gem. § 132a Abs. 2 SGB V vom 03.07.1991 sowie § 15 Abs. 4 der Verträge nach § 132 a Abs. 2 SGB V mit ambulanten Pflegediensten in privater Trägerschaft Leistungen der Behandlungspflege delegiert werden (Positionen laut Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 2 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V):

1. Einjährig examinierte Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer bzw. Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer mit staatlicher Anerkennung.
2. Schülerinnen/Schüler, die nach der neu eingerichteten Stufenausbildung in der Altenpflege in Rheinland-Pfalz ab dem 01.08.2004 mit der 3-jährigen Ausbildung zur/zum Altenpflegerin/Altenpfleger begonnen haben. Voraussetzung ist, dass die Schülerinnen/Schüler der Altenpflege nach dem ersten Ausbildungsjahr durch ein entsprechendes Jahreszeugnis bei mindestens ausreichenden Leistungen nachweisen können, dass sie über die gleiche fachliche Qualifikation verfügen, die die Schülerinnen/Schüler der Fachschule Altenpflegehilfe nach erfolgreicher Abschlussprüfung erworben haben.

§ 2

Die in § 1 aufgeführten Berufsgruppen dürfen folgende Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringen:

Position 1: **Grundpflege § 37 SGB V**

Position 2: **Verbandswechsel** ohne Wundversorgung

- Entfernen eines Kompressionsverbandes
- Entfernen von stützenden und stabilisierenden Verbänden

Position 6: **Physikalische Maßnahmen**

- Einreibungen
- Medizinische Bäder
- Inhalationen

Position 8: **Injektionen**

- Subkutane Injektionen von Heparin
- Insulininjektionen

Position 10: Tropfen/Salben bzw. Spülen der Augen und Ohren

- Tropfen/Salben der Augen und Ohren

Position 11: Blutdruckkontrolle

Position 14: Blutzuckerkontrolle

Position 15: Aufziehen von Insulin

Position 16: Arzneimittelgabe und deren Überwachung,

Position 17: Anziehen von Kompressionsstrümpfen

Position 20: Hauswirtschaftliche Versorgung § 37 SGB V

**Position 23: Versorgung eines suprapubischen Katheters
ohne Wundversorgung**

Position 24: Auflegen von Kälteträgern

Position 26: Ausziehen von Kompressionsstrümpfen

**Position 29: Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei
ohne Wundversorgung**

Die hauswirtschaftliche Versorgung (Position 20) kann unter fachlicher Anleitung und ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft (dreijährig examiniert) auch von anderen geeigneten Personen durchgeführt werden.

Die Qualifikation der eingesetzten Krankenpflegehelferinnen /Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelferinnen / Altenpflegehelfer, Altenpflegeschülerinnen /Altenpflegeschüler ist der Krankenkasse sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz auf Anfrage bzw. im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach §§ 112 ff SGB XI nachzuweisen.

§ 3

1. Die Vereinbarung tritt zum in Kraft.
2. Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

Anlage 2 zu dem Vertrag gemäß § 132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

NAME DER EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:		IK -NR.:	
PLZ, ORT:			
TELEFON:		FAX:	
GESELLSCHAFTSFORM:	<input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung und Unternehmenszweck in Kopie anliegend <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck in Kopie anliegend <input type="checkbox"/> beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister anliegend <input type="checkbox"/> anders: <input type="checkbox"/> entsprechende Nachweise anliegend beigelegt.		
INHABER:			
GESELLSCHAFTER:			
GESCHÄFTSFÜHRER:			
ich bin/ wir sind Mitglied in dem Pflegedienst – Verband:			

✓ Polizeiliche Führungszeugnisse liegen zur Einsichtnahme vor für:

	NAME, VORNAME, GEBURTSDAT. UND ANSCHRIFT
INHABER	
GESELLSCHAFTER	
PFLEGEDIENSTLEITUNG	
STELLV. PFLEGEDIENSTLEITG.	

CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN:

✓ Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der Pflegedienstleitungen

- STAATLICHE ANERKENNUNGEN DER BERUFSBEZEICHNUNG in Kopie anliegend
- NACHWEIS DER BERUFSPRAXIS in Kopie anliegend

✓ Beitritt zur Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw)

- ANTRAG in Kopie anliegend
- VERSICHERUNGSSCHEIN in Kopie anliegend

ANMELDUNG VOM:		VERS. - NR.:	
----------------	--	--------------	--

✓ Betriebs- / Berufshaftpflicht

- ANTRAG in Kopie anliegend
- VERSICHERUNGSSCHEIN in Kopie anliegend

ABGESCHLOSSEN AM:		VERS.-NR.:	
BEI:			

AUFLISTUNG DER PERSONALVORHALTUNG

BERUF: bitte Ziffer eintragen: ① = Krankenschwester./ -pfleger ② = Kinderkrankenschwester / -pfleger
 ③ = staatl. anerk. Altenpfleger/in ④ = Krankenpflegehelfer/in (KPH)

• PFLEGEDIENSTLEITUNG gem. Kassenvertrag

Name	Vorname	Beruf	beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit	Soz.-Vers. Nr.*

*ODER: selbständig freiberuflich tätig:

• STELLV. PFLEGEDIENSTLEITUNG gem. Kassenvertrag

Name	Vorname	Beruf	beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit	Soz.-Vers. Nr.*

*ODER: selbständig freiberuflich tätig:

• WEITERE FESTANGESTELLTE PFLEGEKRÄFTE

Name	Vorname	Beruf	beschäft. seit	wö. Arb.Zeit	Soz.-Vers. Nr.*

ERKLÄRUNG

Die unter *Organisatorische Voraussetzungen sowie Praxis- und Betriebseinrichtung* in der Anlage 1 genannten Materialien sind in meinem/unserem Pflegedienst vollständig vorhanden und werden entsprechend des Vertrages gehandhabt.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns hiermit, *die Kündigung oder den Wechsel der Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung* sowie eine *Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen unverzüglich und unaufgefordert* den Krankenkassen mitzuteilen.

Ich versichere / wir versichern, dass die hier geleisteten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich/wir alle in der Anlage 1 genannten Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllen.

Ort, Datum

Unterschriften

Stempel d. Einrichtung: