V e r t r a g

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

zwischen

dem Träger

Name und Anschrift Träger

für den Pflegedienst

Name und Anschrift Pflegedienst

IK xxxxxxxxx

– im Folgenden Pflegedienst genannt –

und

den aufgeführten Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen

der **AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen**
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch Frau Dr. Katja Knauthe
- zugleich handelnd für die Sozialversicherung Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkassen -

dem **BKK Landesverband Mitte**
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

der **IKK classic**
in Bezug auf § 132 SGB V zugleich handeln für die BIG direkt gesund,
die IKK gesund plus, die IKK – Die Innovationskasse sowie die IKK Südwest

der **KNAPPSCHAFT,**
Regionaldirektion Chemnitz

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:
Techniker Krankenkasse (TK)
BARMER
DAK-Gesundheit
Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Handelskrankenkasse (hkk)
HEK - Hanseatische Krankenkasse

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

– im Folgenden „Krankenkasse(n)“ genannt –

Inhaltsverzeichnis

Präambel ... 3
§ 1 Gegenstand des Vertrages ... 3
§ 2 Geltungsbereich ... 3
§ 3 Ziele der häuslichen Krankenpflege ... 3
§ 4 Leistungsgrundlagen ... 4
§ 4a Bestimmung von Häufigkeit und Dauer innerhalb des ärztlich festgestellten Verordnungsrahmens durch Pflegefachkräfte ... 4
§ 5 Wahl des Pflegedienstes ... 5
§ 6 Vermittlungsverbot ... 5
§ 7 Datenschutz und Schweigepflicht ... 5
§ 8 Inhalt der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe ... 5
§ 9 Der Pflegedienst ... 6
§ 10 Organisatorische Voraussetzungen ... 6
§ 11 Betriebseinrichtung des Pflegedienstes ... 7
§ 12 Personelle Voraussetzungen ... 8
§ 13 Verantwortliche Pflegefachkraft ... 8
§ 14 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ... 9
§ 15 Fortbildung ... 9
§ 16 Dokumentation der häuslichen Krankenpflege ... 10
§ 17 Leistungsnachweis ... 11
§ 18 Qualitätsmanagement und Mitwirkung an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen ... 12
§ 19 Zusammenarbeit an der Gesundheitsversorgung Beteiligter ... 12
§ 20 Schiedsperson ... 13
§ 21 Buchführungs- und Rechnungswesen ... 13
§ 22 Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung ... 13
§ 23 Allgemeine Grundsätze der Vergütung ... 14
§ 24 Abrechnung der Leistungen ... 14
§ 25 Beanstandung, Verjährung ... 15
§ 26 Vertragsverstöße ... 15
§ 27 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages ... 16
§ 28 Salvatorische Klausel ... 17

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Präambel

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben seit 1. Juli 2023 gemeinsam und einheitlich Verträge gemäß §§ 132, 132a Abs. 4 SGB V mit den Leistungserbringern zu schließen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen häuslicher Krankenpflege für
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege),
- häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1a SGB V (Unterstützungspflege),
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, je nach Satzung auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß § 37 Abs. 2 SGB V (Sicherungspflege),
- häusliche Pflege (Grundpflege) bei Schwangerschaft und Entbindung gemäß § 24g SGB V und
- Haushaltshilfe gemäß §§ 38 SGB V, 24 h SGB V, 10 KVLG 1989.

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

(3) Der Pflegedienst muss mit den Krankenkassen für die Erbringung von Leistungen zur spezialisierten Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden gemäß HKP-RL eine Zusatzvereinbarung und für die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß HKP-RL einen gesonderten Vertrag abschließen.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt ausschließlich für Pflegedienste mit Sitz im Freistaat Sachsen und ist Grundlage der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen.

§ 3 Ziele der häuslichen Krankenpflege

(1) Die Vertragspartner haben eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnisse entsprechende wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten.

(2) Die häusliche Krankenpflege soll dem Versicherten das Verbleiben in seinem häuslichen Umfeld oder die möglichst frühzeitige Rückkehr ermöglichen sowie die ambulante ärztliche Behandlung und deren Ziele sichern.

(3) 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.

(4) Die Erbringung der häuslichen Krankenpflege ist unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten darauf auszurichten, dass der Versicherte bzw. eine im Haushalt lebende Person durch Anleitung in die Lage versetzt wird, diese Leistungen selbst zu erbringen und dadurch die Selbstversorgungskompetenz zu stärken.

§ 4 Leistungsgrundlagen

(1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung.
Änderungen oder Ergänzungen der ärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.

(2) Die ärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) vorzulegen.
Ist in begründeten Fällen, die nicht vom Pflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht. Im Übrigen richtet sich das Unterschriftenerfordernis nach den gesetzlichen Bestimmungen.

(3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von dem Arzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung innerhalb der in § 6 Abs. 5 der HKP-RL genannten Frist der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Frist soll als gewahrt gelten, wenn die Verordnung als Fax oder in geeigneter digitaler Form der Krankenkasse vorliegt. Die Originalverordnung ist bis zur vollständigen Umsetzung der E-Verordnung in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse nachzureichen.

(4) Kosten für genehmigte und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.

(5) Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der HKP-RL verordnungsfähig sind oder wenn Leistungen der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, die nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse nicht vorgesehen sind.

(6) Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt des Zugangs der (teil-) ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer.

§ 4a Bestimmung von Häufigkeit und Dauer innerhalb des ärztlich festgestellten Verordnungsrahmens durch Pflegefachkräfte

(1) Für die im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Pflegefachkräfte mit den Voraussetzungen nach § 2a Abs. 1 BRE innerhalb des ärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen. Dabei sind die Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer aus dem Leistungsverzeichnis zu berücksichtigen.

(2) Die gemäß Abs. 1 qualifizierte Pflegefachkraft nimmt die nähere Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der verordnungsfähigen Maßnahmen in eigener Verantwortung vor. Der Vordruck ist mit dem Stempel des Pflegedienstes zu versehen und von der Pflegefachkraft nach Abs. 1 persönlich unter Angabe ihrer Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V zu unterzeichnen. Sie hat sich hierzu gemäß § 19 Abs. 5 mit dem verordnenden Arzt abzustimmen.

(3) Voraussetzung für die Festlegung der Häufigkeit und Dauer einer Maßnahme durch eine gemäß Abs. 1 qualifizierte Pflegefachkraft ist, dass sich diese von dem Zustand des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dass ihr dieser aus einer laufenden Versorgung bekannt ist. Dies ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

§ 5 Wahl des Pflegedienstes

(1) Der Versicherte ist in der Wahl des Pflegedienstes frei.

(2) Wählt der Versicherte einen Pflegedienst außerhalb dessen Einzugsbereiches, sind die hierdurch eventuell entstehenden Mehrkosten vom Versicherten selbst zu tragen. Der Pflegedienst informiert den Versicherten vorab schriftlich über diese Mehrkosten.

(3) Veranlasst die Krankenkasse die Versorgung eines Versicherten mit häuslicher Krankenpflege durch einen Pflegedienst außerhalb dessen Einzugsbereiches, verständigen sie sich vor der Genehmigung der Leistung über gegebenenfalls anfallenden Mehrkosten.

§ 6 Vermittlungsverbot

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

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

§ 7 Datenschutz und Schweigepflicht

Die Vertragspartner sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen insbesondere Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), Sächsisches Datenschutzgesetz (SächsDSG), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) einzuhalten.

§ 8 Inhalt der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

(1) Zur Vermeidung oder zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, umfasst die häusliche Krankenpflege die im Einzelfall notwendige Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

(2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erbringt der Pflegedienst als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege mit dem Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können hierbei nur im Rahmen der Satzungsbestimmungen der Krankenkassen erbracht werden, allerdings nicht für anerkannt Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI.

(3) Alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Planung und Dokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege sowie die erforderliche Information an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten.

(4) Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden
- als Anleitung oder als Beaufsichtigung bzw. Mithilfe mit dem Ziel der Selbstvornahme durch den Versicherten oder eine im Haushalt lebende Person,
- als Anleitung oder als Beaufsichtigung zur Orientierung des Versicherten in Zeit und Raum oder
- durch völlige Übernahme durch die Pflegefachkraft / Pflegekraft erbracht.

Behandlungspflegerische Leistungen des Pflegedienstes sind grundsätzlich nur durch Pflegefachkräfte nach § 13 Buchstabe a) zu erbringen.

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

§ 9 Der Pflegedienst

(1) Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte Organisationseinheit von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Angaben im Strukturerhebungsbogen (Anlage) sind Gegenstand des Vertrages.

(3) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege hat der Pflegedienst alle in diesem Vertrag enthaltenen Anforderungen zu erfüllen. Der Pflegedienst gewährleistet im Rahmen seiner Kapazität eine orts- und versichertennahe Versorgung in seinem Einzugsbereich (vgl. Anlage 1). Ein angenommener Versorgungsauftrag ist sicherzustellen. Wenn dies nicht möglich oder zumutbar ist, hat der Pflegedienst die Leistungserbringung durch einen anderen zugelassenen Pflegedienst zu organisieren. Im Fall einer fehlenden Mitwirkung durch den Versicherten stimmt der Pflegedienst die weitere Versorgung mit dem verordnenden Arzt und der zuständigen Krankenkasse ab.

(4) Für räumlich getrennte Filialen außerhalb des Einzugsbereiches, von denen aus Leistungen gemäß § 1 organisiert und erbracht werden, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, aber rechtlich nicht selbstständig sind.

(5) Der Vertrag kann abgelehnt oder gekündigt werden, wenn die verantwortliche Pflegefachkraft oder ihre Vertretung sowie der Leiter des Pflegedienstes für die Tätigkeit im Pflegedienst ungeeignet sind.

(6) Der Pflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die er in Ausübung seiner Tätigkeit verursacht. Die Krankenkasse übernimmt in diesen Fällen keine Haftung.
Der Pflegedienst stellt sicher, dass die erforderlichen Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen wurden.

§ 10 Organisatorische Voraussetzungen

(1) Der Pflegedienst ist eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht, einschließlich an Sonn- und Feiertagen, mit häuslicher Krankenpflege selbst sicherstellt. Der Pflegedienst muss Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr grundsätzlich persönlich telefonisch erreichbar sein (kein Anrufbeantworter / Mailbox). Außerhalb dieser Zeit muss die persönliche telefonische Erreichbarkeit des Pflegedienstes für die von ihm betreuten Versicherten gewährleistet sein.

(2) Der Pflegedienst muss über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen.

(3) Der Pflegedienst hat der für die Zulassung zuständigen Krankenkasse bzw. dem vdek vor Vertragsabschluss 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) bei Vereinen einen aktuellen Auszug aus dem Vereinsregister,
e) bei Kapital- und Personengesellschaften einen aktuellen Auszug aus dem Handels- / Gesellschaftsregister,
f) beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 12 Abs. 1,
g) Institutionskennzeichen des Pflegedienstes.

Der Träger des Pflegedienstes hat sich bei der Einstellung der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie die Leiter des Pflegedienstes / Inhaber ein Führungszeugnis vorlegen zu lassen, das nicht älter als drei Monate ist. Er bestätigt die Einsichtnahme der Führungszeugnisse und die persönliche Eignung der vorgenannten Personen gegenüber der zulassenden Krankenkasse bzw. dem vdek. Änderungen sind der für die Zulassung zuständigen Krankenkasse unverzüglich bekanntzugeben.

Der Pflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation, Lebenslanger Beschäftigtennummer (sofern vergeben) und Handzeichen vor. Auf Wunsch können die Krankenkassen diese Unterlagen einsehen. Der Pflegedienst weist auf Aufforderung der Krankenkasse die Qualifikation der an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte nach.

Der Pflegedienst bzw. der Träger hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

(4) Die Leistungserbringung kann in Kooperation mit anderen Pflegediensten erfolgen. Kooperationsvereinbarungen können nur mit Pflegediensten geschlossen werden, mit denen ein Vertrag gemäß §§ 132, 132a Abs. 4 SGB V geschlossen wurde. Kooperationsvereinbarungen sind der für die Zulassung zuständigen Krankenkasse bzw. dem vdek vorzulegen.

§ 11 Betriebseinrichtung des Pflegedienstes

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

- eine zweckmäßige Büroausstattung sowie Praxis- und Betriebsausstattung vorzuhalten,
- eine ausreichende und zweckmäßige Mobilität des Personals sicherzustellen,
- einen eigenständigen Telefon- und Internetanschluss mit der Möglichkeit der Anrufweiterschaltung vorzuhalten,
- den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 360 Abs. 8 SGB V vorzunehmen.

(2) Der Pflegedienst hat zudem mindestens folgende Materialien und Gerätschaften vorzuhalten:

- Pflegekoffer / Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, (Einweg-) Pinzetten, Scheren, Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe
- zur Versorgung bei Erstbesuch und Notfällen benötigte Einmalspritzen und -kanülen, Pflaster, Tupfer, Verbandmaterial, Krankenunterlagen, geeignete Inkontinenzmaterialien, Einmalkatheter in üblichen Größen, Blutzuckermessgerät
- Steckbecken, Urinflasche mit Halterung.

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

§ 12 Personelle Voraussetzungen

(1) Die vom Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft und einer stellvertretenden Pflegefachkraft durchzuführen. Daneben hat der Pflegedienst ständig mindestens zwei weitere Pflegefachkräfte im Umfang von zusammen mindestens 40 Wochenarbeitsstunden zu beschäftigen.

(2) Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für

a. die Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen
b. die Umsetzung des Pflegekonzeptes des Pflegedienstes
c. die fachliche Koordination der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der ärztlichen Verordnung in dem für diese Leistungen gebotenen Umfang
d. die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
e. die Einsatzplanung der Pflegekräfte
f. die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.

(3) Der Pflegedienst ist verpflichtet, auf Anforderung der Krankenkassen eine Mitarbeiterübersicht (Name, Vorname, Qualifikation und Arbeitszeit bzw. Beschäftigtennummer und das dazugehörige Handzeichen) zu übermitteln. Verantwortliche Pflegefachkraft, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft sowie die dritte und vierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 1 sind dabei gesondert auszuweisen. Der Pflegedienst kann weitere geeignete Pflegekräfte einsetzen, die Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftliche Versorgung oder der Haushaltshilfe unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft erbringen. Sofern Leistungen der Behandlungspflege durch Pflegekräfte erbracht werden sollen, bedarf es einer entsprechenden Regelung in der Vergütungsvereinbarung.

(4) Das vom Pflegedienst nach Abs. 1 mindestens vorzuhaltende Personal muss fachlich und disziplinarisch vollständig in die Organisation des Pflegedienstes eingebunden sein. Für den Vertretungsfall ist ein befristeter Einsatz von Leiharbeitskräften möglich.

(5) Der Pflegedienst meldet Änderungen des Personals nach Abs. 1 unverzüglich der für die Zulassung zuständigen Krankenkasse.

§ 13 Verantwortliche Pflegefachkraft

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PflBRefG),
- Gesundheits- und Krankenpfleger / -in (nach dem KrPflG[1]) oder
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger / -in (nach dem KrPflG oder nach dem PflBRefG) oder
- Altenpfleger / -in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PflBRefG) oder
- Altenpfleger / -in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht sowie zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte mit Gleichstellungsanerkennung

besitzen und

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

b) innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre eine praktische, hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis in einem der unter Buchstabe a) aufgeführten Berufe ausgeübt und nachgewiesen wurde, wobei mindestens neun Monate auf eine hauptberufliche Tätigkeit im ambulanten pflegerischen Bereich entfallen müssen und
c) in dem Pflegedienst hauptberuflich (Vollzeit[2]) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5[3] Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt. Die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 2 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter des Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 1 bis 2 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenverbeamtete, und
d) eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl nachweisen, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll. Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:
   - Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen),
   - psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie
   - die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation).

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

§ 14 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

(1) Der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub oder Kündigung) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.

(2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen nach § 13 Buchstaben a) und b) zu erfüllen.

§ 15 Fortbildung

(1) Der Pflegedienst ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte und Pflegekräfte, die Leistungen im Rahmen des Vertrages erbringen, durch geplante fachspezifische Fortbildungen sicherzustellen.

(2) Die Art der jeweiligen Fortbildungsmaßnahmen ist sachgerecht für jeden einzelnen, an der Pflege beteiligten Mitarbeiter so festzulegen, dass der Pflegedienst jederzeit in der Lage ist, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

(3) Die Fortbildungsmaßnahmen umfassen mindestens 12 Stunden je Voll- und Teilzeitbeschäftigten sowie mindestens 5 Stunden je geringfügig Beschäftigten pro Kalenderjahr. Bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit unter 5 Stunden umfasst die Fortbildung jedoch nicht mehr als die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit.

[2] Vollzeit = Mindestwochenarbeitszeit 35 Stunden
[3] besondere Belange der Versorgung von Kindern sind zu berücksichtigen

Für Beschäftigungsverhältnisse, die im laufenden Kalenderjahr beginnen bzw. enden oder für Mitarbeiter, die dem Pflegedienst nicht ganzjährig zur Verfügung stehen oder standen, ist die Fortbildung anteilig nachzuweisen. Davon ausgenommen sind kurzfristig beschäftigte Mitarbeiter entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.

(4) Für Mitarbeiter, die sich in einer berufsbegleitenden pflegefachlichen Ausbildung oder in einer Weiterbildung mit Abschluss einer Zusatzqualifikation befinden, gilt während dieser Zeit die Fortbildungsverpflichtung als erfüllt.

(5) Der Nachweis über die jährliche Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen ist den Krankenkassen bzw. deren Verbänden auf Anforderung unter Fristsetzung für das vorangegangene Kalenderjahr einzureichen. Die Frist soll mindestens 1 Monat betragen.

(6) Der Pflegedienst hat nach Ablauf der Frist zum Nachweis nach Abs. 3 die Gelegenheit, die fehlende Fortbildungsmaßnahme innerhalb von sechs Monaten nachzuholen, wobei die nachgeholte Fortbildung nicht auf das laufende Kalenderjahr angerechnet werden kann.

(7) Kommt der Pflegedienst seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen. Bei einer verspäteten Nachweisführung nach Ablauf der Fristsetzung oder mit dem Monat der Feststellung und Bekanntgabe durch die Krankenkasse, dass die eingereichten Nachweise nicht den Anforderungen der Abs. 3 bis 6 entsprechen, erfolgt für die ersten 4 Monate eine Kürzung in Höhe von 2 %. Ab dem fünften Monat beträgt die Kürzung 5 %. Die Kürzung der Vergütung endet mit Ablauf des Monates, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis geführt wurde.

§ 16 Dokumentation der häuslichen Krankenpflege

(1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes Dokumentationssystem anzuwenden, das für die Erbringung der Leistung eine übersichtliche und nachvollziehbare Dokumentation ermöglicht. Geeignet sind Dokumentationssysteme, mit denen die Dokumentation der auf die Erbringung der Leistung bezogenen Informationssammlung, Hinweise zur Durchführung, Hinweise zur Leistungserbringung sowie von Verlaufsbeobachtungen und notwendigen Abstimmungen mit dem verordnenden Arzt möglich sind. Das Dokumentationssystem hat auch die Dokumentation der Planung der Durchführung der Leistungen zu ermöglichen, soweit eine Planung erforderlich ist[4]. Soweit erforderlich, sind spezielle Formulare (z.B. Wunddokumentation, Medikamentenblatt) vorzuhalten.

(2) Zu Beginn des Versorgungsauftrages erfasst der Pflegedienst Stammdaten sowie die leistungsbezogenen Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für eine ordnungsmäße Durchführung der Leistungen erforderlich sind. Auf dieser Grundlage werden die Leistungen durchgeführt. Die Leistungserbringung wird im Anschluss an die Durchführung auf dem Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegekraft abgezeichnet.

(3) Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie Besonderheiten oder Abweichungen bei der Durchführung der Leistungen oder Beobachtungen im Verlauf werden im Pflegebericht bzw. in speziellen Formularen festgehalten.

[4] Die Festlegung der technischen Anforderungen an das Dokumentationssystem beinhaltet kein Präjudiz für die Frage, ob eine Planung erforderlich ist.

(4) Über leistungsrelevante Veränderungen berichtet der Pflegedienst dem verordnenden Arzt. Dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Bei einer Änderung der ärztlichen Verordnung wird die Durchführung entsprechend angepasst.

(5) Die Dokumentation ist i. d. R. bei dem Versicherten aufzubewahren bzw. in geeigneter Art und Weise dem Versicherten digital zur Verfügung zu stellen. Soweit eine sichere Aufbewahrung einer papiergebundenen Dokumentation bei dem Versicherten nicht möglich ist, ist die Dokumentation beim Pflegedienst zu hinterlegen.

(6) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt mindestens drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

(7) Der verordnende Arzt soll bei der Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken. Wenn eine elektronische Dokumentation erfolgt, ist durch den Pflegedienst sicherzustellen, dass insbesondere die an der Versorgung beteiligten Ärzte Zugriff auf die Informationen aus der Dokumentation haben.

§ 17 Leistungsnachweis

(1) Der Pflegedienst hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser ist separat für jeden Versicherten zu erstellen und beinhaltet nachfolgend aufgeführte Mindestangaben:

- Vor- und Nachname des Versicherten,
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- Name des Pflegedienstes,
- Institutionskennzeichen des Pflegedienstes,
- Leistungszeitraum,
- Art und Menge der erbrachten Leistungen,
- Datum und Uhrzeit des Leistungsbeginns,
- Beschäftigtennummer,
- Handzeichen der Pflege(fach)kraft bzw. elektronische Signatur (vgl. Abs. 3).

(2) Alle vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen sind im Leistungsnachweis unmittelbar nach der Leistungserbringung von der jeweiligen Pflege(fach)kraft unter Angabe ihrer persönlichen Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 S. 2 SGB V (sofern Anbindung an TI erfolgt ist) bzw. des dazugehörigen Handzeichens einzutragen und durch den Versicherten / Bevollmächtigten bzw. den bestellten Betreuer am Ende des Monats und / oder der Leistungserbringung unterschriftlich zu bestätigen sowie durch den Pflegedienst gegenzuzeichnen. Die unterschriftliche Bestätigung des Versicherten auf dem Leistungsnachweis kann in diesem Fall elektronisch, in Form einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur gemäß Art. 26 eIDAS-Verordnung (EU) Nr. 910/2014 erfolgen. Vorausgesetzt ist ein qualifiziertes Zertifikat für die eingesetzte Software, welches auf Abfrage bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht wird. Gleiches gilt für die Unterschrift des Pflegedienstes. Der Zeitpunkt zur Umsetzung des elektronischen Verfahrens ist mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen. Bei der AOK PLUS kann das Verfahren grundsätzlich umgesetzt werden.

(3) Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und der Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene vom 15.12.2022 zur Angabe der Beschäftigtennummer in den Abrechnungsunterlagen ab dem 01.01.2023 im Rahmen der Umsetzung des § 105 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI und

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom 15.12.2022 für die Übergangsfrist bis 30.09.2023 bzw. in der jeweils aktuellen Fassung.

(4) Der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis stellt die Grundlage für die Abrechnung dar.

(5) Eine elektronische Leistungserfassung ist möglich. Es gelten die Kriterien zur Anerkennung einer EDV-gestützten Erstellung von Leistungsnachweisen. Der Zeitpunkt zur Umsetzung des Verfahrens ist mit der zuständigen Krankenkasse vor erstmaligem Einsatz abzustimmen. Bei der AOK PLUS kann das auf den Grundlagen der elektronischen Leistungserfassung geregelte Verfahren grundsätzlich umgesetzt werden.

§ 18 Qualitätsmanagement und Mitwirkung an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen

(1) Der Pflegedienst führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

(2) Die Überprüfung erfolgt regelmäßig entsprechend der Qualitätsprüfrichtlinien des Bundes in der jeweils geltenden Fassung durch die beauftragten Prüfdienste.

(3) Der Pflegedienst ist verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen; § 114 Abs. 2 SGB XI bleibt unberührt. Er kann den Verband, dem er angehört, daran beteiligen.

(4) Soweit bei einer solchen Prüfung Mängel festgestellt werden, entscheiden die Krankenkassen nach Anhörung des Pflegedienstes, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Pflegedienst hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich angemessene Fristen zur Beseitigung der festgestellten Mängel.

§ 19 Zusammenarbeit an der Gesundheitsversorgung Beteiligter

(1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der verordnende Arzt mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim verordnenden Arzt.

(2) Der Pflegedienst berichtet dem verordnenden Arzt bei Veränderung in der häuslichen Pflegesituation, insbesondere aufgrund der häuslichen Krankenpflege, oder nach Aufforderung durch den verordnenden Arzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. Der verordnende Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

(3) Der verordnende Arzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.

(4) Der verordnende Arzt soll bei der Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.

(5) Soweit eine Pflegefachkraft gemäß § 4a die Häufigkeit und Dauer innerhalb eines ärztlichen Verordnungsrahmens bestimmt, informiert sie den verordnenden Arzt unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen. Die Pflegefachkraft informiert den verordnenden Arzt regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.

§ 20 Schiedsperson

Kommt eine Einigung zu den vertraglichen Regelungen gemäß § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht zustande, kann der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson entsprechend den Vorgaben nach § 132a Abs. 4 SGB V festgesetzt werden.

§ 21 Buchführungs- und Rechnungswesen

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

§ 22 Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Leistungen des Pflegedienstes sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und der Pflegedienst nicht zu Lasten der Krankenkasse erbringen.

(2) Sind die verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist der verordnende Arzt nach der HKP-RL umgehend zu informieren.

(3) Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Pflegedienst die Anforderungen an diese nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Pflegedienst kann den Verband, dem er angehört, am Verfahren beteiligen.

(4) Die Krankenkasse bestellt einen unabhängigen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Pflegedienst bzw. dem Träger des Pflegedienstes. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse den Sachverständigen allein bestellen. Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes und die Krankenkasse zu gleichen Teilen.

(5) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Pflegedienst bzw. dem Träger des Pflegedienstes bzw. dem Verband, dem der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 4 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von der Krankenkasse zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.

(6) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.

(7) Der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Auskünfte erteilen und Unterlagen vorlegen. Hierzu gehören insbesondere Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Leistungen und die Mitarbeiterdokumentation gemäß § 10 Abs. 3. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Pflegedienst abzusprechen.

(8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

(9) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.

(10) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser beinhaltet den Prüfungsauftrag, die Vorgehensweise bei der Prüfung, die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände, die Gesamtbeurteilung, ggf. eine Empfehlung zur Umsetzung der Prüfungsfeststellung.

(11) Der Pflegedienst bzw. der Träger des Pflegedienstes ist über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren und ggf. anzuhören. Die Krankenkasse händigt dem Pflegedienst bzw. dem Träger des Pflegedienstes den Prüfbericht aus.

(12) Ergeben sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Feststellungen, dass die Leistungen nachweislich unwirtschaftlich erbracht werden, so werden zwischen der Krankenkasse und dem Pflegedienst bzw. dem Träger des Pflegedienstes geeignete Maßnahmen vereinbart.

§ 23 Allgemeine Grundsätze der Vergütung

(1) Voraussetzung für den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung im Freistaat Sachsen ist der Abschluss dieses Vertrages nach §§ 132, 132a Abs. 4 SGB V. Entsprechende Vergütungsvereinbarungen sind auf der Grundlage von Einzel- oder Kollektivverhandlungen für einen zukünftigen Zeitraum zu schließen.

(2) Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und den Pflegedienst in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.

(3) Mit der Vergütung sind alle im Zusammenhang mit der Leistungserbringung entstandenen Kosten abgegolten, ausgenommen hiervon sind ärztlich verordnete Arzneimittel, Verbandmaterial und sonstige Heil- und Hilfsmittel gemäß SGB V.

(4) Zuzahlungen zu Vertragsleistungen darf der Pflegedienst vom Versicherten weder fordern noch annehmen. Die Regelungen des § 9 Abs. 3 Satz 2 zum Einzugsgebiet bleiben hiervon unberührt.

§ 24 Abrechnung der Leistungen

(1) Der Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen, spätestens nach Ablauf eines Kalendervierteljahres mit der zuständigen Krankenkasse ab. Die Genehmigungsnummer der Krankenkasse sowie ein vom Versicherten sowie dem Pflegedienst bestätigter Leistungsnachweis (vgl. § 17) sind Bestandteil der Abrechnung.

(2) Es können Einzel- und Sammelrechnungen erstellt werden.
Die Abrechnungsbelege haben
- das Institutionskennzeichen der abrechnenden Stelle,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- Art, Zeitraum und Preis der erbrachten Leistung,
- bei Sammelrechnungen neben den Zwischenrechnungssummen für jeden Versicherten die Gesamtsumme der Sammelrechnung

zu enthalten.
Die mit BVG (Bundesversorgungsgesetz) gekennzeichneten Verordnungen sind als Einzelrechnungen einzureichen.

Überträgt der Pflegedienst die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Es sind der Beginn und das Ende der Abrechnung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Außerdem ist eine Erklärung des Pflegedienstes beizufügen, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen.

Der Pflegedienst ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkasso-Vollmacht oder Abtretungserklärung mehr besteht. Das Ende der Abrechnung ist der Krankenkasse schriftlich durch die Abrechnungsstelle oder den sonstigen Forderungsinhaber zu bestätigen.
Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgabe dieser Vereinbarung und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Pflegedienst auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist vorzulegen.

(3) Die Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V. Im Rahmen der Abrechnung sind je Abrechnungsfall die nach § 302 SGB V festgelegten Abrechnungsdaten zu übermitteln. Nach § 303 Abs. 3 SGB V vergüten die Krankenkassen Abrechnungen des Pflegedienstes ab einem von den Krankenkassen benannten, noch zu bestimmenden Zeitpunkt nur, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten entsprechend den Richtlinien zum maschinellen Datenaustausch im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt worden sind. Die Richtlinien sind in der jeweils gültigen Fassung verbindlich. Die Krankenkasse überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der Rechnung. Spätere Rechnungsberichtigungen bleiben vorbehalten. Ausgenommen von dieser Zahlungsfrist sind Forderungen, zu denen begründeter Klärungsbedarf besteht.

(4) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen. Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung bzw. nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.

§ 25 Beanstandung, Verjährung

(1) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Bei Vorliegen von Vertragsverstößen nach § 26 gilt diese Frist nicht.

(2) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des Pflegedienstes nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

§ 26 Vertragsverstöße

(1) Liegen Anhaltspunkte für einen Verstoß gegen Pflichten aus diesem Vertrag vor, ist der Vertragspartner schriftlich anzuhören; §§ 24 und 25 SGB X werden angewandt. Der andere Vertragspartner hat diese Verstöße konkret schriftlich zu benennen.

(2) Der Vertragspartner hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Schreibens Folge zu leisten.

(3) Lässt sich im Anhörungsverfahren der Verdacht auf einen Vertragsverstoß nicht ausräumen, entscheidet der andere Vertragspartner über geeignete Maßnahmen. Diese sind insbesondere die Verwarnung, Abmahnung oder die Verhängung einer Vertragsstrafe in Geld. Bei den in Abs. 4 genannten Vertragsverstößen bedarf es nach der Anhörung vor einer Kündigung keiner Abmahnung. Eine Vertragsstrafe kann in angemessener Höhe verhängt werden. Schadensersatzansprüche der Vertragspartner bleiben davon unberührt.

(4) Als schwere Vertragsverstöße können insbesondere gelten:

- grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten oder dem Vertragspartner, sodass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere bei
  - Pflichtverletzungen, in deren Folge Versicherte zu Schaden kommen,
  - Verstöße gegen den fachgerechten Personaleinsatz gem. §§ 12 bis14 des Vertrages,
  - Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen,
  - Annahme von Versorgungsaufträgen und deren Weitergabe an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile,
  - fehlende Dokumentation gem. § 16, Leistungsnachweise gem. § 17 sowie Dienst- und Touren- / Einsatzpläne,
- Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen an bzw. durch Versicherte für genehmigte Vertragsleistungen.

(5) Bestätigt sich der Verdacht eines Verstoßes gegen die Pflichten aus diesem Vertrag nicht, erhält der bezichtigte Vertragspartner eine entsprechende schriftliche Information.

(6) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. diesem Vertrag erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistung mit den Krankenkassen abgerechnet, hat der Pflegedienst unabhängig von einer eventuellen Kündigung den entstandenen Schaden zu ersetzen.

§ 27 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

(1) Dieser Vertrag tritt am ***Datum*** in Kraft.

(2) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden. Bei einer Kündigung durch den Pflegedienst bzw. den Träger des Pflegedienstes ist diese gegenüber der federführenden Krankenkasse zu erklären.

(3) Bei einer Kündigung durch den Pflegedienst bzw. den Träger des Pflegedienstes hat der Pflegedienst die weitere Versorgung der Versicherten mit einer genehmigten HKP-Verordnung zu organisieren.

(4) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 26 haben die Vertragspartner das Recht, diesen Vertrag mit sofortiger Wirkung schriftlich zu kündigen.

(5) Die Vergütungsvereinbarung kann unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden. Die Einzelheiten dazu sind in der Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 28 Salvatorische Klausel

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

Anlage Strukturerhebungsbogen

Datum

Name Träger

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

zugleich handelnd für

AOK PLUS (zugleich handelnd für SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse)

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen

IKK classic

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Chemnitz