

# **Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132 a SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe**

## **Geltungsbereich**

Dieser Rahmenvertrag gilt zwischen dem

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V. – Landesverband Sachsen-Anhalt-

im Folgenden Leistungserbringer genannt

und

### **den Landesverbänden der Krankenkassen**

- dem BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt\*
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus

und

### **den 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 den Leiter der vdek-Landesvertretung

- andererseits -

\*gilt für die Versorgung der Versicherten der BKK, sofern die jeweils zuständige BKK den BKK Landesverband Mitte beauftragt hat.

## **Präambel**

Die Vertragspartner haben auf Landesebene aufgrund der Regelungen der §§ 132 und 132 a SGB V diesen Rahmenvertrag partnerschaftlich mit dem Ziel erarbeitet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten, die es den Krankenkassen und den Leistungserbringern ermöglicht, auf eine qualitätsgerechte humane und wirtschaftliche Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

## **Kapitel I**

### **Inhalt des Rahmenvertrages**

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe regelt dieser Rahmenvertrag, unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere:

1. Allgemeine Grundsätze (Kapitel II, §§ 2 bis 6),
2. Inhalt der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung (Kapitel III, §§ 7 bis 10),
3. Inhalt der Haushaltshilfe (Kapitel III, § 11)
4. Eignung der Leistungserbringer (Kapitel IV, §§ 12 bis 25),
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel V, §§ 26 bis 27),
6. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten (Kap. VI, §§ 28 bis 31),
7. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (Kapitel VII, §§ 32 bis 35),
8. Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen (Kapitel VIII, §§ 36,37),
9. Clearingstelle und Schiedsperson (Kapitel IX, §§ 38,39)
10. Inkrafttreten und Kündigung (Kapitel X, §§ 40, 41)
11. Salvatorische Klausel (§ 42)

Die Anlagen 1 – 10 sind Bestandteil des Rahmenvertrages.

## **Kapitel II**

### **- Allgemeine Grundsätze -**

#### **§ 2**

#### **Gegenstand des Rahmenvertrages**

- (1) Die Krankenkassen und die 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.
- (2) Die Pflegedienste nach § 12 erbringen häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung

- nach § 37 Absatz 1 SGB V zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder
  - nach § 37 Absatz 2 SGB V 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.
  - Nach § 37 Absatz 1a SGB V Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherstellung des Erfolgs der erforderlichen Krankenbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt
- (3) Ziel der häuslichen Krankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu erlauben sowie die ambulante, ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ziel zu sichern. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern.
- (4) Haushaltshilfe kann nach § 38 SGB V; §§ 24g und 24h SGB V; ggf. nach Satzungsleistung der entsprechenden Krankenkasse erbracht werden und setzt je nach der Art der beantragten Haushaltshilfe entsprechende versicherungsrechtliche Voraussetzungen voraus. Haushaltshilfe ist Bestandteil der Krankenbehandlung. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, wenn der Versicherte über einen Haushalt verfügt, dessen Weiterführung ihm nicht möglich ist.
- (5) Durch Kooperation aller am Pflegeprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (6) Der Pflegedienst hat auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

### § 3 Leistungsgrundlagen

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung. Im Rahmen der Verordnung schätzt die Vertragsärztin/der Vertragsarzt auch ein, ob eine im Haushalt lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V). Diese Verordnung ist durch die Versicherte/den Versicherten oder deren/dessen gesetzliche(n) Vertreterin/Vertreter bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Ergeben sich aus der Verordnung nicht alle für die Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen oder ist die Verordnung nicht eindeutig, unzureichend oder fehlerhaft ausgefüllt, wendet sich die Krankenkasse ausschließlich an die ausstellende Ärztin/an den ausstellenden Arzt oder ggf. an die Versicherte/den Versicherten zur diesbezüglichen Klärung. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (2) Die von der oder dem Versicherten eingereichte ärztliche Verordnung wird durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 275 Abs. 1 und 2 SGB V geprüft. Die Krankenkasse informiert den Pflegedienst schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen. Bei einer von der ärztlichen Verordnung abweichenden Entscheidung teilt die Krankenkasse der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt sowie der/dem Versicherten die Gründe mit. Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. Diese oder dieser

entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.

- (3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Frist soll als gewahrt gelten, wenn die Verordnung als Fax oder als Datei der Krankenkasse vorliegt. Originale sind in diesem Fall 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 Richtlinie der häuslichen Krankenpflege ordnungsfähig 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 unter Berücksichtigung des § 37 SGB X.

#### **§ 4 Eigenverantwortung**

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

#### **§ 5 Wahl des Pflegedienstes**

Die Vertragspartner respektieren die freie Wahl der Versicherten unter den vertraglichen Leistungserbringern. Wird ein anderer als einer der nächsterreichbaren Leistungserbringer in Anspruch genommen, werden dadurch entstehende höhere Fahrtkosten grundsätzlich nicht von der Krankenkasse übernommen.

#### **§ 6 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB V, 10. Kapitel / SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden

Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

- (2) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

### **Kapitel III**

#### **- Inhalt der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung -**

#### **§ 7**

#### **Inhalt der häuslichen Krankenpflege**

- (1) Zur Vermeidung oder zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, umfasst die häusliche Krankenpflege die im Einzelfall notwendige Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
- (2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erbringt der Pflegedienst als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege mit dem Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können hierbei nur im Rahmen der Satzungsbestimmungen Krankenkassen erbracht werden. In diesen Fällen stellen die Krankenkassen den Vertragspartnern die diesbezügliche Satzungsregelung bei Bedarf in der jeweils gültigen Fassung zur Verfügung. Für anerkannte Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI kann keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden.
- (3) Inhalt und Abgrenzung der Leistung ergeben sich aus der Anlage 2.
- (4) Alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Pflegeplanung und Pflegedokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege sowie die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten.
- (5) Die Leistungen werden
- als Anleitung oder als Beaufsichtigung bzw. Mithilfe mit dem Ziel der Selbstvornahme durch den Versicherten oder eine im Haushalt lebende Person,
  - als Anleitung oder als Beaufsichtigung zur Orientierung des Versicherten in Zeit und Raum oder
  - durch völlige Übernahme durch die Pflegefachkraft/Pflegekraft erbracht.

#### **§ 8**

#### **Behandlungspflege**

Behandlungspflegerische Leistungen gemäß § 37 SGB V des Pflegedienstes umfassen die Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die auf Grundlage einer medizinischen Indikation im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes auf Grund einer ärztlichen Verordnung an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte nach §§ 18 - 22 delegiert werden.

## **§ 9 Grundpflege**

Grundpflegerische Leistungen, gemäß § 37 Absatz 1 SGB V, des Pflegedienstes umfassen die Grundverrichtungen des täglichen Lebens, die von Pflegefachkräften/Pflegekräften nach §§ 18 - 22 auf Grund ärztlicher Verordnung dann erbracht werden, wenn der Versicherte grundlegende Lebensaktivitäten krankheitsbedingt nicht mehr selbst durchführen kann.

## **§ 10 Hauswirtschaftliche Versorgung**

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung, gemäß § 37 Absatz 1 SGB V, durch den Pflegedienst gehören nach ärztlicher Verordnung die Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind, um in diesem Haushalt die häusliche Krankenpflege durchführen zu können. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist ausschließlich auf die Versorgung des Versicherten gerichtet.

## **§ 11 Haushaltshilfe**

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V; §§ 24g und 24h SGB V; ggf. nach Satzungsleistung der jeweiligen Krankenkasse, kann durch Haus- und Familienpflegerinnen oder andere entsprechend qualifizierte Kräfte erbracht werden. Die Haushaltshilfe umfasst Dienstleistungen, die zur Weiterführung des Haushaltes notwendig sind. Darüber hinaus erstreckt sie sich auf die Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern.

## **Kapitel IV - Eignung der Leistungserbringer -**

### **Abschnitt 1 Vertragliche Beziehungen zwischen Krankenkasse/Pflegedienst**

## **§ 12 Pflegedienst**

- (1) Leistungserbringer für die häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe nach diesem Vertrag werden im Folgenden, unabhängig von ihrer Trägerschaft als Pflegedienst bezeichnet.
- (2) Ein Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, der in der Lage sein muss, eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten. Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe hat der Pflegedienst Anforderungen an die Struktur- (§§ 16 – 22), Prozess- (§§ 23 - 24) und Ergebnisqualität (§ 25) zu erfüllen.

## **§ 13**

### **Vertragliche Beziehungen zu Pflegediensten**

- (1) Pflegedienste, welche die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllen, erhalten mit Beitritt durch Anerkennung dieses Vertrages gemäß Anlage 1 die Berechtigung, häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V; § 24 g SGB V und Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V, § 24h SGB V; ggf. Satzungsleistung und Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse zu erbringen.
- (2) Der Pflegedienst gewährleistet im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Einzugsbereich mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe.
- (3) Räumlich getrennte Filialen, Außenstellen und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erbracht wird, gelten als Zweigstellen. Für diese ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbstständig sind. Die entsprechenden Zulassungsbedingungen sind einzuhalten. Als Zweigstelle insbesondere gelten Stellen, welche öffentlich beworben und für Patienten und deren Angehörige begehbar sind.
- (4) Die Berechtigung zur Erbringung Häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe gem. Abs. 1 kann abgelehnt oder gekündigt werden, wenn in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft oder ihrer Vertretung sowie des Leiters des Pflegedienstes Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im Pflegedienst ungeeignet ist. Ungeeignet ist insbesondere, wer
  - wegen eines Verbrechens oder wegen einer Straftat gegen das Leben, die sexuelle Selbstbestimmung oder die persönliche Freiheit, wegen vorsätzlicher Körperverletzung, wegen Erpressung, Urkundenfälschung, Untreue, Diebstahls, Unterschlagung, Betrugs oder Hehlerei oder wegen einer gemeingefährlichen Straftat oder einer Konkursstrafat zu einer Freiheitsstrafe oder Ersatzfreiheitsstrafe von mindestens drei Monaten, sofern die Tilgung im Zentralregister noch nicht erledigt ist,
  - in den letzten fünf Jahren, längstens jedoch bis zum Eintritt der Tilgungsreife der Eintragung der Verurteilung im Zentralregister, wegen einer Straftat nach der §§ 29 bis 30b des Betäubungsmittelgesetzes oder wegen einer sonstigen Straftat, rechtskräftig verurteilt worden ist.

## **§ 14**

### **Austritt/Ordentliche Kündigung des Pflegedienstes**

- (1) Der Pflegedienst ist berechtigt, sein durch Beitritt in diesen Rahmenvertrag begründetes Vertragsverhältnis mit den Krankenkassen jederzeit mit sofortiger Wirkung ohne Angaben von Gründen zu kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (2) Die Krankenkasse ist berechtigt, das Vertragsverhältnis mit dem Pflegedienst mit sechsmonatiger Frist zum Quartalsende unter Angabe des Grundes mit eingeschriebenem Brief zu kündigen.
- (3) Der Pflegedienst ist verpflichtet, die von ihm behandelten Patienten unverzüglich über eine Kündigung/Beendigung des Vertragsverhältnisses zu informieren. Die das Vertragsverhältnis aufkündigende Seite ist verpflichtet, die nahtlose Weiterversorgung der Versicherten sicherzustellen.
- (4) Die Einstellung des Geschäftsbetriebes ist ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist möglich und durch den Pflegedienst den Krankenkassen in angemessener Frist

anzuzeigen, in jedem Fall jedoch spätestens 14 Kalendertage vor Betriebseinstellung. Der Pflegedienst hat die Weiterversorgung der Patienten sicherzustellen.

## **§ 15**

### **Außerordentliche Kündigung des Pflegedienstes/ Maßnahmen bei Vertragsverstößen**

- (1) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, so verpflichtet sich die Krankenkasse den Pflegedienst schriftlich oder mündlich innerhalb einer Frist von 28 Tagen anzuhören (§§ 24, 25 SGB X). Der Pflegedienst ist berechtigt seinen Verband zu beteiligen.
- (2) Bestätigt sich im Anhörungsverfahren gemäß Absatz 1 der Verdacht eines Vertragsverstoßes, entscheidet die Krankenkasse unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes über geeignete Maßnahmen. Diese sind insbesondere die Verwarnung, Abmahnung, Vertragsstrafen sowie Kündigung. Diese Maßnahmen bedürfen der Schriftform. Der Pflegedienst ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.
- (3) Für den Fall eines schwerwiegenden Vertragsverstoßes nach Absatz 4 haben beide Vertragsparteien das Recht, den Vertrag fristlos mit eingeschriebenem Brief zu kündigen.
- (4) Als schwerwiegende Vertragsverstöße kommen unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes insbesondere in Betracht:
  1. dauerhafte Nichterfüllung der in §§ 18 – 22 genannten fachlichen oder personellen Voraussetzungen bzw. Leistungserbringung durch Mitarbeitende, die den (dort genannten) vertraglichen Anforderungen nicht entsprechen,
  2. schwere pflegebedingte Qualitätsmängel, derentwegen Versicherte zu Schaden kommen,
  3. Abrechnung nicht erbrachter bzw. nicht dokumentierter Leistungen,
  4. Forderung bzw. Annahme von Zahlungen durch Versicherte für bewilligte Vertragsleistungen,
  5. Annahme von ärztlichen Verordnungen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile,
  6. vorsätzliche oder grob fahrlässige Vertragsverstöße im Wiederholungsfall
  7. vorsätzlicher oder grob fahrlässiger, wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 6).
- (5) Wurden Leistungen entgegen geltendes Recht bzw. den Vertrag erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistungen mit der Krankenkasse abgerechnet, hat der Pflegedienst unabhängig von einer der in Absatz 2 genannten Maßnahmen den entstandenen Schaden zu ersetzen. Die Krankenkasse ist berechtigt, den entstandenen Schaden mit Forderungen des Pflegedienstes, die aus dem Vertrag resultieren, zu ersetzen.
- (6) Bei Verstößen gegen Qualitätsanforderungen in Fällen des Absatzes 4 Ziffern 1 und 2 werden durch die Krankenkassen Vertragsstrafen in Höhe von bis zu 10.000 Euro mit einem widerspruchsfähigen Bescheid festgesetzt und an den Pflegedienst versandt.

**Abschnitt 2**  
**- Strukturqualität -**

**§ 16**  
**Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Der Pflegedienst ist eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung. Er hat 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 zu übernehmen. Der Pflegedienst muss ständig erreichbar (nicht Anrufbeantworter) sein. Soweit der Pflegedienst die fachlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, hat er die Versorgung abzulehnen.
- (2) Der Pflegedienst muss über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen.
- (3) Der Pflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, welche die Pflegekräfte in Ausübung Ihrer Tätigkeit verursachen.
- (4) Der Pflegedienst hat den Krankenkassen vor Vertragsschluss schriftlich und verbindlich folgende Nachweise (Anlage 3) vorzulegen:
  1. Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden sowie Angabe des Institutionskennzeichens des Pflegedienstes,
  2. Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
  3. Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird,
  4. beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise und Beschäftigungsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des Mindestpersonals nach § 21,
  5. Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (einfaches polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und den Leiter des Pflegedienstes
  6. Angaben über Träger/Inhaber des Pflegedienstes,
- (5) Den Pflegedienst betreffende Veränderungen sind den Krankenkassen auf Landesebene innerhalb von 4 Wochen unter Verwendung des Aktualisierungsformulars (Anlage 6) anzuzeigen. Der Pflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Auf Wunsch kann die Krankenkasse diese Unterlagen einsehen.
- (6) Der Pflegedienst hat eine Mitarbeiterdokumentation, die insbesondere die gültigen Beschäftigungsnachweise sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeitenden (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.
- (7) Diese sind der Krankenkasse auf Anforderung vorzulegen.
- (8) Die Leistungserbringung kann in Kooperation mit anderen Pflegediensten erfolgen. Kooperationsvereinbarungen können nur zwischen Leistungserbringern nach diesem Vertrag geschlossen werden

## § 17 Praxis- und Betriebseinrichtung

- (1) Alle in der häuslichen Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Der Pflegedienst hat
  - eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
  - eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (2) Der Pflegedienst ist verpflichtet, für die Akutversorgung insbesondere folgende Sachmittel vorzuhalten:
  - Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, Schere und Desinfektionsmittel, unsterile Einmalhandschuhe, Schutzkleidung
  - BlutzuckermessgerätDie Vorhaltung dieser und ähnlicher Materialien und Gerätschaften dient lediglich zur Überbrückung in Notfällen oder bei unvorhergesehenen Erstbesuchen.
- (3) Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 33 SGB V bleiben unberührt.

## § 18 Fachliche Anforderungen

- (1) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes stellt sicher, dass die angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 19 erbracht werden.
- (2) Er gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe nur von dazu fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden.
- (3) 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 Ver- und Anordnung 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 ambulanten Pflegedienstes.
- (4) Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung kann von Pflegekräften ohne formale Qualifikation unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft durchgeführt werden.
- (5) Für Leistungen der Behandlungspflege sind folgende Pflegefachkräfte vorrangig geeignet:
  - Krankenschwester/Krankenpfleger
  - Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger
  - Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger,
  - Kindergesundheits- und Krankenpflegerin/ Kindergesundheits- und Krankenpfleger
  - Altenpflegerin/Altenpfleger,
  - Sprechstundenschwester (nur mit Ausbildung in der ehemaligen DDR ab 1974 mit Übergangsregelung)

- Hebammen
  - Notfallsanitäter
- (6) Pflegekräfte ohne diese formelle Qualifikation können ebenfalls unter Verantwortung einer Pflegefachkraft / leitenden Pflegefachkraft (PDL) Leistungen der Behandlungspflege erbringen, soweit sie über ausreichende Berufserfahrung in der Pflege verfügen.  
Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für
- Die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung
  - Die Delegation der Pflegemaßnahmen,
  - Die regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität
- bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.  
Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischen Fehlerquellen und zielgerichteter Folgebehandlung sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln. Das notwendige Können umfasst das Beherrschen der selbständigen Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme.  
Zur Feststellung der Eignung überprüft die verantwortliche Pflegefachkraft, ob die jeweilige behandlungspflegerische Maßnahme von der Pflegekraft durchgeführt werden kann. Die Pflegekraft hat zu bestätigen, ob sie die jeweilige Maßnahme durchführen kann.
- (7) Für besonders qualifizierte, technisch anspruchsvolle und invasive behandlungspflegerische Maßnahmen sind zusätzlich entsprechende Qualifizierungen der Pflegefachkräfte durch Fortbildungsnachweise zu belegen.
- (8) Die Durchführung der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe durch freie Mitarbeiter\* ist unzulässig.

\*Der freie Mitarbeiter erbringt seine Leistungen nicht weisungsgebunden im Rahmen der von der anderen Partei vorgegebenen Arbeitsorganisation und die Tätigkeit unterliegt nicht den Weisungen des Auftragsgebers in Hinsicht auf die Durchführung, Zeit, Dauer, Ort und sonstiger Modalitäten der Leistungserbringung.

### **§ 18 a Fort- und Weiterbildung**

- (1) Der Pflegedienst ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte, die Behandlungspflege im Rahmen dieses Vertrages erbringen und Pflegekräfte die im Rahmen der Grundpflege Leistungen erbringen, durch spezifische Fortbildungen sicherzustellen.  
Alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter werden entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildung miteinbezogen. Zu den Fortbildungen im Sinne dieses Paragraphen zählen interne und externe Maßnahmen.
- (2) Ziel dieser Maßnahme ist es, die entsprechenden Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, die Versicherten nach dem jeweils anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand zu versorgen.
- (3) Fortbildungen sind regelmäßig durchzuführen. Die Fortbildungsmaßnahmen haben einen Mindestumfang von 10 Stunden pro Mitarbeitenden und Kalenderjahr zu umfassen.
- (4) Art, Inhalt und Umfang sowie die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter der einzelnen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu

dokumentieren. Der Pflegedienst hat für seine Mitarbeiter gemäß Abs. 1 bei Aufforderung durch die Krankenkasse innerhalb eines Monats den Nachweis zu erbringen, dass in dem zurückliegenden Dreijahreszeitraum der Fortbildungspflicht nach Abs. 3 im Durchschnitt nachgekommen wurde. Längere Abwesenheitszeiten wie zum Beispiel Elternzeit und Krankheit und unterjährige Beschäftigungszeiten werden entsprechend berücksichtigt.

- (5) Kann zu einem Mitarbeiter der Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig erbracht werden, ist die Krankenkasse berechtigt, die an den Pflegedienst zu zahlende Vergütung für die Tätigkeit dieses Mitarbeiters in der häuslichen Krankenpflege für die ersten 6 Monate, die auf den Dreijahreszeitraum folgen, in Höhe von bis zu 5 von Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Monat in Höhe von bis zu 10 von Hundert. Die Vergütungskürzung endet nach Ablauf des Monats, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird.
- (6) Der Pflegedienst kann die für den Dreijahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen eines Jahres ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholtte Fortbildung wird auf den folgenden Dreijahreszeitraum nicht angerechnet.
- (7) Erbringt der Pflegedienst den Fortbildungsnachweis nicht spätestens ein Jahr nach Ablauf des Dreijahreszeitraumes, kann der Vertrag ordentlich gekündigt werden.
- (8) Gesetzliche Auflagen zur Fort- und Weiterbildung bleiben hiervon unberührt.

## **§ 19**

### **Verantwortliche Pflegefachkraft für häusliche Krankenpflege (PDL)**

- (1) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die eine Ausbildung als
  - a) Krankenschwester/ Krankenpfleger
  - b) Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
  - d) Altenpflegerin oder Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder
  - e) Altenpflegerin oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht
  - f) Sprechstundenschwester (nur mit Ausbildung in der ehemaligen DDR ab 1974 mit Übergangsregelung)abgeschlossen haben.
- (2) Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben bzw. ausüben, werden auch von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 2 SGB V in anderen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt.
- (3) Hat sich ein Pflegedienst auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert, die dem Grunde nach zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 53 SGB XII gehören, kann die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft durch eine Heilerziehungspflegerin/einen Heilerziehungspfleger ausgeübt werden, sofern die jeweils andere Funktion (verantwortliche Pflegefachkraft bzw. stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft) durch eine Fachkraft mit einer Qualifikation nach Abs. 1 oder 2 wahrgenommen wird.
- (4) Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Absatz 1 bis 3

genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde, davon mindestens neun Monate im ambulanten Bereich.

- (5) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. 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 Prozent 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.

- (6) Die verantwortliche Pflegefachkraft soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5 Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt. Die verantwortliche Pflegefachkraft darf zugleich auch als solche bei dem gleichen ambulanten Pflegedienst nach dem SGB XI und bei einem anderen ambulanten Pflegedienst des gleichen Trägers nach SGB V und/oder SGB XI tätig sein. Die Regelungen des § 72 Abs. 2 SGB XI bleiben davon unberührt. Die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 3 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin/Eigentümer oder Gesellschafterin/Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 1 bis 3 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte.

## **§ 20**

### **Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

- (1) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt bezogen auf Berufsabschluss und Berufserfahrung die gleichen Voraussetzungen wie die verantwortliche Pflegefachkraft (§ 19 Absätze 1 - 4). Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.
- (2) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung, maximal bis zu drei Monate, durch die stellvertretende Pflegefachkraft gewährleistet ist. Bei Ausfallzeiten von mehr als drei Monaten ist die Vertretung durch eine verantwortliche Pflegefachkraft gem. § 19 Absatz 1 Punkt 1-4 sicherzustellen. Abweichungen davon sind unter Prüfung des Einzelfalls nur mit schriftlicher Genehmigung der Krankenkasse für einen begrenzten Zeitraum möglich.
- (3) Wird im Falle des Ausfalls der verantwortlichen PDL bzw. deren Vertretung nach Ablauf der vertraglich geregelten Vertretungsfristen nach Absatz 2 keine neue PDL bzw. Vertretung tätig, ist die Krankenkasse berechtigt im Zeitraum ohne PDL bzw. deren Vertretung die Vergütung aller abgerechneten Leistungen gemäß §§ 132 und 132a SGB V des Pflegedienstes um 5 von Hundert zu kürzen.

- (4) Wird im Falle des Ausfalls der verantwortlichen PDL bzw. deren Vertretung nach Ablauf der vertraglich geregelten Vertretungsfristen nach Absatz 2 nicht nahtlos eine neue PDL oder stellvertretende PDL tätig, ist die Krankenkasse berechtigt, das Vertragsverhältnis mit dem Pflegedienst unter Ausschluss des § 15 Absatz 4 fristlos zu kündigen. In diesen Fällen hat die Krankenkasse die Weiterversorgung der Patienten sicherzustellen.

## **§ 21 Pflegefachkräfte**

- (1) Der Pflegedienst hat zusätzlich zu einer verantwortlichen sozialversicherungspflichtigen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens drei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte gemäß § 18 Absatz 5 (Vollzeit und/oder Teilzeit) zu beschäftigen.
- (2) Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.
- (3) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Absatz 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen.

## **§ 21 a Bestandsschutz**

Für Pflegedienste, die vor Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages zur Leistungserbringung nach §§ 132, 132a SGB V berechtigt waren, gilt abweichend von § 21 Absatz 1 folgende Regelung zum Bestandsschutz:

- (1) Pflegedienste, die zusätzlich zu einer verantwortlichen sozialversicherungspflichtigen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte gemäß § 18 beschäftigen, sind weiterhin zur Leistungserbringung nach diesem Rahmenvertrag berechtigt.
- (2) Mit der Aktualisierungsmeldung zur Anstellung/Beschäftigung einer dritten Pflegefachkraft verliert der Bestandsschutz seine Wirkung.
- (3) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Absatz 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen.

## **§ 22 Pflegekräfte**

- (1) Der Pflegedienst kann darüber hinaus weitere geeignete Kräfte einsetzen, die neben den Leistungen der Grundpflege und Haushaltshilfe auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft gemäß § 18 Absatz 5 und 6 erbringen.
- (2) Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, darf 20 Prozent nicht übersteigen. „Ein-Euro-Job-Kräfte“ sind von der Leistungserbringung ausgeschlossen.

### **Abschnitt 3** **- Prozessqualität -**

#### **§ 23** **Behandlungspflegerischer Prozess**

- (1) Der Pflegedienst erstellt aufgrund der ärztlichen Verordnung unverzüglich einen individuellen Pflege- bzw. Einsatzplan. Dieser beschränkt sich auf die Planung und Durchführung der ärztlichen Verordnung und muss die Entwicklung der Behandlungspflege entsprechend kontinuierlich aktualisieren. Dabei sind die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten in den Prozess mit einzubeziehen. Die Leistungen sind im Sinne einer größtmöglichen Kontinuität für den Versicherten von möglichst wenigen Personen zu erbringen.
- (2) Die ärztlich verordnete Behandlungspflege erfolgt in Ausführungsverantwortung des Pflegedienstes und unter Kontrolle des delegierenden Arztes. Soweit nach Auffassung des Pflegedienstes die vom Arzt verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe nicht mehr erforderlich oder nicht ausreichend sind, ist der behandelnde Arzt unverzüglich zu informieren.

#### **§ 24** **Pflegedokumentation**

- (1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes, dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des Pflegeprozesses in allen seinen Schritten ermöglicht. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist, außer bei Anwendung elektronischer Dokumentationssysteme oder in begründeten Ausnahmefällen, beim Versicherten aufzubewahren.
- (2) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

### **Abschnitt 4** **- Ergebnisqualität -**

#### **§ 25** **Ergebnisqualität**

Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der ärztlichen Verordnung und des definierten Behandlungs- und Pflegeziels regelmäßig zu überprüfen. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

## **Kapitel V** **- Maßnahmen zur Qualitätssicherung -**

### **§ 26** **Qualitätssicherung**

- (1) Qualitätssicherung ist in interne und externe Maßnahmen zu unterscheiden. Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert und aufbewahrt. Die Pflegedienste haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung bei Qualitätsprüfungen der Krankenkasse nachzuweisen.
- (2) Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jeden Pflegedienst und umfasst die diesbezüglichen Maßnahmen der Pflegedienste zur Qualitätssicherung. Jeder Pflegedienst ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich.
- (3) Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.
- (4) Die in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege - in der jeweils gültigen Fassung - getroffenen Festlegungen sind Bestandteil dieses Vertrages, soweit durch diesen Vertrag nichts anderes geregelt ist.

### **§ 27** **Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen**

- (1) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige der Krankenkassen überprüfen zu lassen.
- (2) Dem Träger des Pflegedienstes ist der Zeitpunkt der Prüfung mitzuteilen.
- (3) Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen Sachverständigen der Krankenkasse innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zum Pflegedienst zu gewähren.
- (4) Vom Träger des Pflegedienstes oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (5) Grundlage der Prüfung sind insbesondere:
  - die Pflegedokumentation nach § 24,
  - die Personaleinsatzpläne nach § 16 Absatz 6,
  - die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals,
  - Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Dokumentationen pflegerischer Themen in Dienstbesprechungen),
  - Mindestpersonalzahl
  - Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise.Diese Unterlagen sind drei Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten. Dem Träger des

Pflegedienstes ist das Ergebnis der Prüfung innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss der Prüfung schriftlich mitzuteilen.

## **Kapitel VI**

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

#### **§ 28**

##### **Allgemeines**

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der Pflegedienst mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, der Pflegekasse und anderen an der Versorgung Beteiligten und der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Der Pflegedienst und die Krankenkassen dürfen Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Ordnungsweise beeinflussen.

#### **§ 29**

##### **Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt**

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim behandelnden Vertragsarzt.
- (2) Der Pflegedienst berichtet dem behandelnden Vertragsarzt mit Einverständnis des Patienten unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe.
- (3) Wird der Pflegedienst vom Vertragsarzt oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue pflegerelevante Befunde informiert, hat der Pflegedienst diese Information unverzüglich zu berücksichtigen, sobald sie ihm schriftlich vorliegt.
- (4) Der Pflegedienst ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen.
- (5) Nach Erweiterung einer Verordnung bedarf es der Zustimmung der Kasse.

#### **§ 30**

##### **Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus**

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen. Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. Der Pflegedienst stellt sicher, dass die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden, sofern er Kenntnis von der Krankenhausbehandlung erlangt.
- (2) Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht häusliche

Krankenpflege erforderlich, kann sie oder er diese anstelle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages (inklusive des Entlassungstages) verordnen. In diesem Falle soll die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt informieren.

- (3) Der Pflegedienst berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der häuslichen Krankenpflege den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen, sofern er dem Pflegedienst vorliegt.

### **§ 31 Pflegebedürftigkeit**

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

### **Kapitel VII - Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung -**

#### **§ 32 Wirtschaftlichkeit**

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

#### **§ 33 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Pflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt. Pflegedienste bzw. Träger der Pflegedienste sind über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung umfassend und nachvollziehbar zu informieren und ggf. anzuhören.

#### **§ 34 Buchführungs- und Rechnungswesen**

- (1) Pflegedienste haben die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung zu beachten. In der Regel führen sie ihre Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung.

- (2) Die Rechnungen über die ausgeführten Leistungen sind grundsätzlich monatlich bei der leistungspflichtigen Krankenkasse einzureichen. Sollten Rechnungen später als drei Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Krankenkasse die Bezahlung verweigern. Den Rechnungen ist der Leistungsnachweis (Anlage 7) beizufügen.
- (3) Bei Verordnungen über einen Monatszeitraum hinaus ist Durchschlag Nr. 12 c der Verordnung nur bei der ersten monatlichen Rechnungslegung beizufügen. Die Genehmigung von Leistungen für ein Quartal bzw. Halbjahr sind nach fachlicher und leistungsrechtlicher Abklärung insbesondere bei folgenden Leistungen in Absprache zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer möglich:
- Insulininjektionen,
  - Verabreichen von Medikamenten,
  - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen.
- (4) Die Richtlinien nach § 302 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (5) Die Abrechnung ist getrennt nach Status:
- Mitglieder (ohne Rentner)  
M = 1
  - Familienangehörige dieser Mitglieder  
F = 3
  - Rentner und deren Familienangehörige  
R = 5
  - Sozialhilfeempfänger  
SH = 4
- zu erstellen, wobei zu jeden einzelnen Versicherten die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen sind.
- (6) Die vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen sind direkt nach Leistungserbringung von der durchführenden Pflegefachkraft im Leistungsnachweis abzuzeichnen und monatlich durch den/die Versicherte/n bzw. einer von ihm/ihr beauftragten Person zu bestätigen. Eine Bestätigung im Voraus ist unzulässig. Eine Bestätigung für die/den Versicherte/n durch den Pflegedienst ist ausgeschlossen. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu kennzeichnen und zu begründen sind, bleibt das Unterschriftsfeld frei. Folgende inhaltliche Angaben müssen aus dem Leistungsnachweis hervorgehen:
- Name, Vorname, Geburtsdatum und KV-Nr. des/der Versicherten
  - Datum (Tag/Monat/Jahr) und Zeitpunkt (Zeitkorridor z.B. Mo/Vo/Mi/Na/Ab) der Leistungserbringung
  - Legende zu den Zeitkorridoren
  - Leistungsart (Leistung der Grund-/Behandlungspflege inkl. Positionsnummer der Leistungsbeschreibung)
  - Anzahl der einzelnen Leistungen und einzelnen Leistungserbringungen pro Tag (Jede Leistung muss gesondert dokumentiert werden)
  - Zusammengefasst Anzahl der einzelnen Leistungserbringungen pro Monat Handzeichen der durchführenden Pflegefachkraft/Pflegekraft pro Leistungsart und pro Leistungserbringung
  - Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. der beauftragten Person
  - Datum und Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft
  - Stempel und IK des Leistungserbringers
- Pflegedienste, die ein EDV-Programm zur Leistungserfassung und/oder Leistungsdokumentation verwenden, können den von ihrem EDV-Programm erstellten Leistungsnachweis für die Abrechnung verwenden. Der in dieser Form erstellte Leistungsnachweis muss mindestens die gleichen Anforderungen an Personalidentifikation ermöglichen, wie ein Leistungsnachweis mit durch Handzeichen bestätigten Einzelleistungen.

- (7) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 14 Kalendertagen bei Abrechnung nach § 302 SGB V / DTA ansonsten von 28 Kalendertagen nach Eingang bei den zuständigen benannten Abrechnungsstellen der Krankenkassen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Anschriften der Abrechnungsstellen sowie mögliche Veränderungen den Vertragspartnern rechtzeitig bekannt zu geben. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungslegung geltend gemacht werden.
- (8) Für den Personenkreis der Zugeteilten (z.B. Anspruchsberechtigte nach dem BVG, BEG und HHG) sind Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung bei der jeweiligen Krankenkasse einzureichen.
- (9) Überträgt der Pflegedienst die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse unverzüglich schriftlich über Namen und Zeitraum zu informieren. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, dies gilt auch dann, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Pflegedienst mit einem Rechtsmangel behaftet ist (Anlage 5).

### § 35

#### Abrechnung und Datenträgeraustausch - DTA

- (1) Die Pflegedienste sind verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu beachten. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen. Soweit die Empfehlungspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V Regelungen treffen, die von den Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen, sind diese vorrangig (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 und Satz 6 SGB V). Regelungen in diesem Sinne sind die Absätze 2, 3, 4 und 6.
- (2) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Der Pflegedienst erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragsparteien nach § 132a Abs. 2 SGB V zu regeln.
- (3) Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der vertraglichen Regelungen nach § 132a Abs. 2 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. Neben den maschinell oder auf Datenträgern übermittelten Daten sind den Abrechnungen die von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 2 SGB V vereinbarten Urbelege sowie die notwendigen Begleitzettel beizufügen. Der Abrechnung ist der unterschriebene Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder

eine andere Regelung getroffen haben. Die Partner der Empfehlungen streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln. Im Falle der Änderung des § 3 Abs. 3 der Bundesrahmenempfehlungen gem. §132a Abs. 1 SGB V vereinbaren die Vertragspartner eine entsprechende Anpassung.

- (4) Unterlagen, die der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden. Diese Regelung findet spätestens ab dem 01.09.2014 Anwendung.
- (5) 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. in Fällen des Absatzes 6 nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- (6) Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 eine neue Schlüsselnummer für das Feld „Genehmigungskennzeichen“ geschaffen, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat. Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist. Einzelheiten sind vertraglich zu vereinbaren. Die Regelung findet spätestens ab dem 01.04.2014 Anwendung.
- (7) Pflegedienste, die Dienstleister für die Abrechnung beauftragen, stellen die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Verordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.
- (8) Im Rahmen der Abrechnungen zum Datenträgeraustausch ist das Schlüssel-/Gebührenpositionsnummernverzeichnis zur Vergütungsvereinbarung dieses Rahmenvertrages maßgeblich (Anlage 9).

## **Kapitel VIII** **- Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen -**

### **§ 36** **Allgemeine Grundsätze**

- (1) Der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung gilt nur für Pflegedienste, die dem Vertrag nach § 13 beigetreten sind.
- (2) Das System zur Vergütung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
  1. Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und praktikabel sein.
  2. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
  3. In den Vereinbarungen über die Vergütung der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe haben die Krankenkassen und die Leistungserbringer den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten.
  4. Die Vergütung wird prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.
  5. Zahlungen zu Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von dem Versicherten oder seinen Angehörigen weder fordern noch annehmen.
  6. Das Vergütungssystem ist so zu gestalten, dass Doppelabrechnungen beispielsweise durch Leistungsüberschneidungen vermieden werden.

Die im Zusammenhang mit der Leistungserbringung dem Pflegedienst entstehenden Aufwendungen sind dabei zu berücksichtigen.

### **§ 37** **Vergütungsformen**

- (1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen wird in der Anlage 8 geregelt.
- (2) Mit den in der Anlage 8 genannten Vergütungen sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten. Dies gilt nicht für verordnungsfähige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.

## **Kapitel IX** **- Clearingstelle und Schiedsperson -**

### **§ 38** **Clearingstelle**

Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten bei der Auslegung dieses Rahmenvertrages, ausgenommen der §§ 14 bis 15, wird eine Clearingstelle gebildet. Entsprechend der Geschäftsordnung der Clearingstelle (Anlage 10) wird diese paritätisch aus Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen besetzt.

**§ 39**  
**Schiedsperson**

- (1) Die Parteien verpflichten sich zur Durchführung einer Konfliktlösung, wenn sich die Verhandlungsparteien über den konkreten Inhalt der Verträge, insbesondere über die Höhe der Vergütung, nicht einigen können.
- (2) Im Falle von Nichteinigung legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt, dessen Auslegung sowie die Vergütung und Leistung fest.
- (3) Näheres wird in einem Schiedsvertrag geregelt.

**Kapitel X**  
**- Inkrafttreten und Kündigung -**

**§ 40**  
**Inkrafttreten**

Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.07.2018 in Kraft. Er kann unter Beachtung der Vorgaben des § 41 frühestens zum 31.12.2019 ordentlich gekündigt werden.

**§ 41**  
**Kündigung des Rahmenvertrages**

- (1) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Über die Kündigung sind die jeweiligen Vertragspartner der jeweiligen Vertragspartei mit gleicher Post zu informieren.
- (2) Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht.
- (3) Bei Kündigung dieses Rahmenvertrages oder Teilen dieses Rahmenvertrages gelten die gekündigten Vertragsbestimmungen bis zum Abschluss neuer Vertragsbestimmungen weiter. Nach Eingang der Kündigung sind unverzüglich Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag aufzunehmen.
- (4) Für Anlagen mit befristeter Laufzeit entfällt die Kündigung durch die Vertragspartner. Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung gilt die bisherige weiter.
- (5) Die Vertragspartner können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

**§ 42**  
**Salvatorische Klausel**

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

Anlagen  
zum Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132 a Absatz 1 SGB V zur Erbringung von  
häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe vom 01.07.2018

<u>Anlage 1</u>	Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag
<u>Anlage 2</u>	Leistungsverzeichnis
<u>Anlage 3</u>	Antragsformular für einen Vertragsabschluss
<u>Anlage 4</u>	Beschäftigungsnachweis
<u>Anlage 5</u>	Ermächtigungserklärung
<u>Anlage 6</u>	Aktualisierungsformular
<u>Anlage 7</u>	Leistungsnachweis
<u>Anlage 8</u>	Vergütungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Erbringung von Häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe
<u>Anlage 9</u>	Schlüssel-/Gebührenpositionsnummernverzeichnis zur Vergütungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Erbringung häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe
<u>Anlage 10</u>	Geschäftsordnung Clearingstelle einschl. Anlagen

Bitte beachten Sie unser Informationsblatt zur Verarbeitung personenbezogener Daten  
gemäß Art. 13, 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), das Sie unter folgendem Link  
abrufen können:  
[https://www.vdek.com/Service/datenschutz/\\_jcr\\_content/par/download/file.res/18\\_04\\_23%20Pflege%20Informationspflichten%20Art13\\_14%20DSGVO.pdf](https://www.vdek.com/Service/datenschutz/_jcr_content/par/download/file.res/18_04_23%20Pflege%20Informationspflichten%20Art13_14%20DSGVO.pdf)

**Unterschriftsseite**

zum Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132 a Abs. 1 SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe vom 01.07.2018

**B.A.H Bundesarbeitsgemeinschaft  
Hauskrankenpflege e. V.**

Magdeburg, den 6.8.2018

K. W. W. W.

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung**

Magdeburg, den 26.8.2018

i. V. Vol. Ell

**BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt**

Magdeburg, den 15.08.2018

Roland Finnewer

**KNAPPSCHAFT -  
Regionaldirektion Cottbus**

Cottbus, den 20.08.2018

[Signature]

**Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**

Kassel, den 29. Aug. 2018

i. A. [Signature]