

# Versorgungsvertrag gemäß §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V

Zwischen

- AOK Nordwest – Die Gesundheitskasse –, Dortmund
- BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg
- IKK Nord, Lübeck
- Knappschaft
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse – LKK –

## Den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Schleswig-Holstein

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

und

.....  
.....  
.....

(Einrichtungsträger)

über den Pflegedienst:

.....  
.....  
.....

- nachfolgend "Leistungserbringer" –

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	Seite 3
§ 2 Sachlicher Geltungsbereich	Seite 4
§ 3 Ziele der häuslichen Krankenpflege	Seite 4
§ 4 Inhalte der häuslichen Krankenpflege	Seite 5
§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung der häusliche Krankenpflege	Seite 6
§ 6 Haushaltshilfe und häusliche Pflege	Seite 7
§ 7 Datenschutz	Seite 8
§ 8 Wahl des Pflegedienstes	Seite 9
§ 9 Pflegedienste	Seite 9
§ 10 Beitritt von Pflegediensten	Seite 9
§ 11 Vertragsende und Kündigung	Seite 10
§ 12 Verfahren bei Vertragsverstößen	Seite 11
§ 13 Beendigung des Vertrages durch die Krankenkasse	Seite 11
§ 14 Organisatorische Voraussetzungen	Seite 12
§ 15 Betriebseinrichtungen/sachliche Ausstattung	Seite 13
§ 16 Fachliche Anforderungen	Seite 14
§ 17 Fortbildung	Seite 16
§ 18 Verantwortliche Pflegefachkraft	Seite 17
§ 19 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft	Seite 18
§ 20 Mindestpersonal	Seite 18
§ 21 Behandlungspflegerischer Prozess	Seite 19
§ 22 Pflegedokumentation	Seite 19
§ 23 Ergebnisqualität	Seite 20
§ 24 Qualitätssicherung	Seite 21
§ 25 Qualitätsprüfungen	Seite 21
§ 26 Allgemeines zur Zusammenarbeit	Seite 21
§ 27 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt	Seite 22
§ 28 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus	Seite 22
§ 29 Zusammenarbeit mit anderen Pflegediensten	Seite 22
§ 30 Pflegebedürftigkeit	Seite 23
§ 31 Wirtschaftlichkeit	Seite 23
§ 32 Allgemeine Grundsätze der Vergütung	Seite 23
§ 33 Vergütung und Abrechnung der Leistungen	Seite 24
§ 34 Salvatorische Klausel	Seite 26
§ 35 Inkrafttreten des Vertrages	Seite 26
Protokollnotizen zu § 1 Abs. 3, § 5 Abs. 6 und § 20 Abs. 1	Seite 27
Unterschriften	Seite 28

## Kapitel 1

### Gegenstand und Geltungsbereich

#### § 1 Gegenstand der Vereinbarung

(1) Dieser Versorgungsvertrag regelt die Beziehungen zwischen den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden einerseits und dem Leistungserbringer andererseits auf der Grundlage der jeweils gültigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sowie des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Er regelt ferner die Versorgung der Versicherten mit Haushaltshilfe gem. § 38 Abs. 1 und 2 SGB V und § 24h SGB V. Etwaige Satzungsregelungen der Krankenkassen gelten entsprechend der jeweiligen Fassung.

(2) Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit häuslicher Krankenpflege regelt dieser Versorgungsvertrag insbesondere in Kapitel

- I. Gegenstand und Geltungsbereich
- II. Allgemeine Grundsätze und Inhalte der Häuslichen Krankenpflege
- III. Voraussetzungen der Leistungserbringung
  - a. Allgemeine Regelungen
  - b. Strukturqualität
  - c. Prozessqualität
  - d. Ergebnisqualität
- IV. Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- V. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten
- VI. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- VII. Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen
- VIII. Salvatorische Klausel, Inkrafttreten

(3) Nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind die Leistungen der Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege und der Häuslichen Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V) sowie alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege über besonders aufwändige Versorgung, z. B. rund-um-die-Uhr Versorgung, Beatmungs- / Wachkomapatienten die von ambulanten Pflegediensten nach Zeitaufwand bis zu 24 Stunden täglich versorgt werden. Für einen gesonderten Vertrag der Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege und der Intensivpflege wäre dieser Rahmenvertrag allerdings als Grundlage heranzuziehen. <sup>1</sup>

(4) Geeignete Änderungen dieses Versorgungsvertrages sind ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens vom Leistungserbringer verpflichtend anzuwenden.

## **§ 2 Sachlicher Geltungsbereich**

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen im vom jeweiligen Pflegedienst festgelegten Einzugsbereich mit

- a. Häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V
- b. Häuslicher Pflege nach § 24g SGB V
- c. Haushaltshilfe gemäß § 24h SGB V, § 38 SGB V,
- d. Haushaltshilfe nach § 10 KVLG 89.

Der Einzugsbereich umfasst in der Regel einen Radius von 30 km um den Betriebssitz.

(2) Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die sich mit diesem Vertrag gegenüber dem BKK Landesverband NORDWEST einverstanden erklären. Auf Anforderung eines Leistungserbringers übersendet der BKK Landesverband NORDWEST entsprechende Auflistungen dieser Betriebskrankenkassen.

## **Kapitel 2**

### **Allgemeine Grundsätze und Inhalte der häuslichen Krankenpflege**

#### **§ 3 Ziele der häuslichen Krankenpflege**

(1) 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. Hierzu ermittelt der verordnende Arzt den individuellen Hilfebedarf des Versicherten und bestimmt die erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen. Durch die Kooperation aller am behandlungspflegerischen Prozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.

---

<sup>1</sup> Protokollnotiz auf Seite 29

(2) 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. Die Erbringung der häuslichen Krankenpflege ist unter Berücksichtigung des die Behandlung und Pflege unterstützenden Umfeldes des Versicherten darauf auszurichten, dass der Versicherte bzw. eine im Haushalt lebende Person in die Lage versetzt wird, diese Leistungen selbst zu erbringen und dadurch die Selbstversorgungskompetenz möglichst bald wiederhergestellt wird. Anleitung bei der Behandlungspflege und Grundpflege sind nach den Krankenpflege-Richtlinien verordnungsfähige Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

(3) Der Pflegedienst wirkt auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hin.

#### **§ 4 Inhalte der häuslichen Krankenpflege**

(1) Sofern Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder zur Vermeidung oder zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung (§ 37 Abs. 1 SGB V), umfasst die häusliche Krankenpflege die im Einzelfall notwendige Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

(2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (§ 37 Abs. 2 SGB V) erbringt der Pflegedienst als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege mit dem Ziel der Heilung sowie der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können bei der Sicherung der ärztlichen Behandlung nur im Rahmen der Satzungsbestimmungen der Krankenkassen erbracht werden, allerdings nicht für anerkannt Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI. Die Krankenkassen stellen den Vertragspartnern im Einzelfall und bei Bedarf die diesbezüglichen Satzungsregelungen in der jeweils gültigen Fassung zur Verfügung.

(3) Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der Versicherten, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen erbracht. Sie erfolgt neben der ärztlichen Behandlung, durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

(4) Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und allgemeine Beobachtung, die Kommunikation, die ggf. notwendige Planung des behandlungspflegerischen Prozesses i. S. d. § 21 und der Pflegedokumentation i. S. d. § 22 Abs. 2, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege einschließlich der Wegezeiten sowie die erforderliche Information der am behandlungspflegerischen Prozess Beteiligten. Die Leistungen werden als Anleitung zur Selbstvornahme oder als Beaufsichtigung bzw. Mithilfe bei der Selbstvornahme, als Anleitung oder Hilfe bei der zeitlichen, räumlichen und situativen Orientierung des Versicherten oder durch vollständige Übernahme im Rahmen der ärztlichen Verordnung durch die Pflegefachkraft/Pflegekraft erbracht.

### **§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege**

(1) Für die Verordnung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sowie für die Genehmigung durch die Krankenkasse sind die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V inkl. dem Leistungsverzeichnis maßgeblich. Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinische zu begründenden Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen, und zwar unabhängig davon, ob es sich um die Behandlung einer akuten oder chronischen Erkrankung handelt.

(2) Der Versicherte oder der gesetzliche Vertreter hat die Genehmigung der Verordnung auf der Rückseite des Formulars schriftlich zu beantragen. Die Unterschrift durch den Leistungserbringer bzw. seiner Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist, zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftenfeld auf der Rückseite der Verordnung frei. Der Leistungserbringer gibt dort die Gründe für die fehlende Unterschrift an; sofern er die Verordnung zur Genehmigung einreicht.

(3) Ist die häusliche Krankenpflege für einen längeren als den genehmigten Zeitraum erforderlich, ist rechtzeitig vom Versicherten eine Folgeverordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

(4) Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

(5) Die von dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege den

Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen. Entscheidungsrelevante personenbezogene Daten dürfen von den Pflegediensten nur dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden.

(6) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Leistungsgewährung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung unverzüglich, spätestens an dem dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.<sup>2</sup>

In begründeten Fällen, die nicht vom Pflegedienst zu verantworten sind, ist die nicht vollständig ausgefüllte Verordnung (z. B. fehlende Unterschrift) einzureichen.

Die fehlenden Angaben werden, soweit möglich, unverzüglich nachgereicht. Wird der Pflegedienst von der Krankenkasse über von der Verordnung abweichende Leistungsbewilligung informiert, hat der Pflegedienst diese unverzüglich zu berücksichtigen, sobald sie ihm schriftlich zugegangen ist.

(7) Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden. Die Annahme und Ausführung ärztlich verordneter Maßnahmen ist nur gestattet, wenn die Erbringung jeder einzelnen verordneten Leistung personell und materiell in vollem Umfang gewährleistet ist.

(8) Der Pflegedienst übernimmt im Rahmen seiner Kapazitäten in seinem Einzugsbereich die Versorgung der Versicherten. Eine Beschränkung auf die Erbringung bestimmter Leistungen aus rein wirtschaftlichen Gründen ist unzulässig.

## **§ 6 Haushaltshilfe und Häusliche Pflege**

Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 SGB V, § 38 Abs. 2 SGB V i.V. mit den Satzungsbestimmungen der jeweiligen Krankenkasse und § 24h SGB V sowie der Häuslichen Pflege nach § 24g SGB V sind grundsätzlich vor dem Tätigwerden des Leistungserbringers vom Versicherten bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen, woraufhin die Kostenübernahme durch die Krankenkasse erklärt wird.

---

<sup>2</sup> Protokollnotiz auf Seite 29

Dem Antrag ist in folgenden Fällen eine ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe beizufügen:

- a) bei ambulanter Behandlung einer Krankheit
- b) bei Abwesenheit der haushaltsführenden Person als Begleitperson eines erkrankten Versicherten
- c) bei Schwangerschaft oder Entbindung.

## § 7 Datenschutz

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten) sicherzustellen. Der Pflegedienst unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und seines Umfeldes der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

(2) Der Pflegedienst und die Krankenkassen haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85 a SGB X bleiben unberührt.

(3) Auszüge aus der Pflegedokumentation sind dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Krankenkassen zu Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen auf Anforderung zu übersenden.

(4) Erstreckt sich eine anlassbezogene Qualitätsprüfung – das schließt sämtliche Regelprüfungen im Sinne des § 114 Abs. 2 SGB XI aus – auf die Abrechnung der nach § 37 des SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege und werden dabei konkrete Anhaltspunkte für einen Abrechnungsbetrug festgestellt und kann die weitere Aufklärung des Sachverhalts sowie eine Beweissicherung ausschließlich unter Zuhilfenahme der Pflegedokumentation durchgeführt werden, darf die Pflegedokumentation im jeweils erforderlichen Umfang kopiert und von dem Vertreter der betroffenen Pflegekassen für diese Zwecke mitgenommen werden. Die Originaldokumentation ist dem betroffenen Pflegedienst unverzüglich zurückzugeben. Voraussetzung dafür ist, dass die entsprechende Pflegekasse einen Arbeitsablauf konzipiert hat, der detailgenau das Verfahren zur temporären Speicherung der Unterlagen bei der Pflegekasse beschreibt und den Anforderungen der **Anlage 1** dieses Vertrages genügt.

(5) Für Krankenkassen die nur Abrechnungsprüfungen gemäß § 275 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchführen, gelten die weiteren datenschutzrechtlichen Anforderungen der **Anlage 1** nicht.



## **§ 8 Wahl des Pflegedienstes**

Der Versicherte ist in der Wahl des Pflegedienstes frei.

Die Krankenkassen unterstützen den Versicherten bei der Inanspruchnahme der notwendigen Krankenversicherungsleistungen.

## **Kapitel III**

### **Voraussetzungen der Leistungserbringung**

#### **a) Allgemeine Regelungen**

## **§ 9 Pflegedienste**

(1) Ein Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln. Er muss eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit den Leistungen nach §§ 1 und 2 für einen wechselnden Kreis von Versicherten innerhalb des Einzugsbereiches gewährleisten.

(2) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten hat der Pflegedienst Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§§ 21 bis 23) zu erfüllen.

## **§ 10 Beantragung des Versorgungsvertrages**

(1) Der Träger des Pflegedienstes beantragt den Abschluss des Versorgungsvertrages bei der federführenden Krankenkasse bzw. dem zuständigen Krankenkassenverband mit dem Strukturhebungsbogen (**Anlage 2**) und den unter § 14 Abs. 4 genannten Unterlagen.

(2) Der Versorgungsvertrag beginnt spätestens nach Ablauf des nächsten Kalendermonats nach Eingang des Strukturhebungsbogen und der vollständigen Unterlagen nach § 14 Abs. 4, wenn alle Voraussetzungen dieses Vertrages erfüllt sind.

(3) Beim Wechsel des Einrichtungsträgers wird ein nahtloser Übergang gewährleistet, sofern alle notwendigen Unterlagen gemäß § 14 Abs. 4 vom neuen Einrichtungsträger vor Beginn des Trägerwechsels eingereicht werden. Liegen alle notwendigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse bzw. dem zuständigen Krankenkassenverband vor, muss lediglich ein neuer Strukturhebungsbogen, der Abschluss einer Betriebs- und Geschäftshaftpflichtversicherung nach § 14 Abs. 4 und ggf. Nachweise über den ausgewiesenen Handlungsbevollmächtigten sowie die

vereinbarten haftungsrechtlichen Regelungen (z. B. Handelsregisterauszug) eingereicht werden.

(4) Soweit Filialen außerhalb des Einzugsbereiches des Pflegedienstes betrieben werden, ist für diese ein gesonderter Versorgungsvertrag erforderlich. Für Filialen innerhalb des Einzugsbereiches sind die Unterlagen im Sinne von § 25 beim Pflegedienst vorzuhalten. Der Einzugsbereich erweitert sich nicht durch Filialen innerhalb des Einzugsbereichs.

## **§ 11 Vertragsende und Kündigung**

(1) Der Versorgungsvertrag endet, ohne dass es hierzu einer Kündigung bedarf,

- a) mit Einstellung des Geschäftsbetriebes,
- b) mit dem Tod des Trägers (Fall eines einzelunternehmerisch betriebenen Pflegedienstes) oder
- c) mit dem Wechsel der Trägerschaft des Leistungserbringers (z. B. durch Veräußerung des Pflegedienstes).

Der Träger des Pflegedienstes hat die Krankenkassen bzw. dem federführenden Krankenkassenverband jedoch umgehend über das Ende zu informieren.

(2) Ein zur Beendigung des Vertrages führender Trägerwechsel liegt nicht vor bei Übertragung von Beteiligungen des Trägers, der Aufnahme von Gesellschaften und Gesellschaftsaustritten. Den Kostenträgern steht jedoch in diesen Fällen ein Sonderkündigungsrecht entsprechend § 13 Abs. 2 dann zu, wenn hierdurch die nach diesem Vertrag erforderlichen Strukturvoraussetzungen nicht nur vorübergehend entfallen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von drei Monaten.

(3) Mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende kann der Pflegedienst den Vertrag ohne Angabe von Gründen kündigen. Die Kündigung des Vertrages hat schriftlich gegenüber den Krankenkassen oder dem zuständigen Krankenkassenverband zu erfolgen.

## **§ 12 Verfahren bei Vertragsverstößen**

(1) Bei Vertragsverstößen nach § 13 können die Krankenkassen / -verbände gemeinsam oder einzeln nach Anhörung des Trägers des betroffenen Pflegedienstes (entsprechend § 24 SGB X) über geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit entscheiden.

Als geeignete Maßnahmen kommen in Betracht:

(a) Abmahnung

(b) ordentliche Kündigung

(c) Fristlose Kündigung

(d) Vertragsstrafe als Geldstrafe. Die Höhe der Vertragsstrafe wird von den Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden nach billigem Ermessen festgesetzt (§ 315 BGB) und darf für die konkrete Pflichtverletzung 12.500,-€ nicht übersteigen.

(2) Die Vertragsstrafe kommt nur in Betracht, wenn ein Vertragsverstoß vorliegt, der der Schwere nach eine fristlose Kündigung rechtfertigt.

(3) Eine Vertragsstrafe ist ausgeschlossen, soweit wegen des Vertragsverstoßes gekündigt wird.

### **§ 13 Beendigung des Vertrages durch die Krankenkasse**

(1) Stellt eine Krankenkasse oder ein Krankenkassenverband fest, dass der Pflegedienst nicht nur vorübergehend die gesetzlichen oder vertraglichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt, können die vertragsschließenden Krankenkassen oder Krankenkassenverbände gemeinsam oder einzeln dem Träger des Pflegedienstes den Versorgungsvertrag mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende kündigen (ordentliche Kündigung). Die Kündigung eines Vertragspartners lässt die Wirksamkeit des Vertrages im Verhältnis zu den übrigen Vertragspartnern unberührt.

(2) Eine ordentliche Kündigung kommt insbesondere in Betracht bei:

- Nichterfüllung der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 17 Abs. 4 innerhalb der Nachfrist
- Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (§ 16, §§ 18 – 20) über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten

(3) Die Krankenkassen haben das Recht zur fristlosen, außerordentlichen Kündigung bei Vorliegen eines wichtigen Grundes.

(4) Ein wichtiger Grund in diesem Sinne liegt bei schweren Vertragsverstößen vor, wenn der Pflegedienst seine Pflichten aus diesem Vertrag derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist,

insbesondere wenn:

- ein Versicherter infolge der groben Pflichtverletzung zu Schaden kommt.
- nicht erbrachte Leistungen gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden.
- der Pflegedienst Pflegeaufträge annimmt und gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile an Dritte (Vermittlung) weitergibt.

### **Kapitel III**

#### **Voraussetzungen der Leistungserbringung**

##### **b) Strukturqualität**

#### **§ 14 Organisatorische Voraussetzungen**

(1) Der Pflegedienst ist eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt, dem ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege auf Grundlage der ärztlichen Verordnung gewährleistet.

(2) Der Pflegedienst muss über eine Einsatzzentrale mit eigenen, in sich geschlossenen Geschäfts- oder Gewerberäumen verfügen und für die von ihm versorgten Patienten ständig erreichbar sein.

(3) Der Pflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden mit einer Mindestsumme für Personen/Sachschäden von 3 Mio. € und Vermögensschäden von 100.000,- € die, die Mitarbeiter in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.

(4) Der Pflegedienst hat der Krankenkasse oder dem Krankenkassenverband vor Abschluss dieses Vertrages schriftlich und verbindlich nachstehende Nachweise vorzulegen.

Strukturerhebungsbogen (**Anlage 2**) mit folgenden Anlagen:

- Abschluss einer Betriebs- und Geschäftshaftpflichtversicherung nach Abs. 3

- Qualifikationsnachweise und Auszüge aus Arbeitsverträgen oder anderen geeigneten Unterlagen, aus denen die Funktion der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des vereinbarten Mindestpersonals hervorgeht.
- Institutionskennzeichen des Pflegedienstes
- Nachweise über den ausgewiesenen Handlungsbevollmächtigten sowie die vereinbarten haftungsrechtlichen Regelungen (z. B. Handelsregisterauszug).

(5) Dem Pflegedienst obliegen Meldepflichten bei strukturellen Änderungen, insbesondere bei einem Wechsel des Betriebssitzes, des Einrichtungsträgers oder der Handlungsbevollmächtigten. Zudem sind personelle Änderungen in der Stellenbesetzung nach §§ 18, 19 und 20 (personelle Mindestbesetzung) der Krankenkasse bzw. dem Krankenkassenverband unverzüglich, spätestens 4 Wochen nach dem Ausscheiden der jeweiligen Pflegekräfte, schriftlich, ggf. per Email, mitzuteilen. Auf Anforderung übersendet der Leistungserbringer innerhalb von zwei Wochen ein Mitarbeiterverzeichnis, aus dem das Mindestpersonal hervorgeht, an die federführende Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband.

(6) Alle nach diesem Vertrag einzureichenden Unterlagen und Nachweise sind in Kopie vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse bzw. der Krankenkassenverband die Vorlage von Originalen oder beglaubigten Kopien verlangen.

### **§ 15 Betriebseinrichtungen/sachliche Ausstattung**

(1) Alle in der häuslichen Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften des Pflegedienstes müssen fachlich geeignet und funktionstüchtig sein.

(2) Der Pflegedienst hat Geschäftsräumlichkeiten mit einer zweckmäßigen Büroausstattung vorzuhalten sowie eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals zu gewährleisten

(3) Der Pflegedienst ist verpflichtet, für die Versorgung folgende Sachmittel vorzuhalten:

- a) Blutdruckmessgerät,
- b) Blutzuckermessgerät,
- c) Fieberthermometer,
- d) Schutzkleidung und unsterile Einmalhandschuhe
- e) Desinfektionsmittel
- f) Schere

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

## § 16 Fachliche Anforderungen

(1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass die vom Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer leitenden Pflegefachkraft nach § 18 erbracht werden.

(2) Pflege unter ständiger Verantwortung einer leitenden Pflegefachkraft nach § 18 bedeutet, dass diese unter anderem verantwortlich ist für

- a) den ersten Einsatz
- b) die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Pflegekräfte
- c) die notwendige Dokumentation im Rahmen der Behandlungspflege
- d) die fachliche Leitung der Dienstbesprechung innerhalb des Pflegedienstes
- e) die Orientierung am allgemeinen anerkannten pflegerischen und medizinischen Kenntnisstand.

(3) Der Träger des Pflegedienstes gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dem dazu fachlich qualifizierten Personal, wie Pflegefachkraft mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenschwester / -pfleger, Kinderkrankenschwester / -pfleger oder Altenpfleger/in erbracht werden. Pflegekräfte mit einer anderen Qualifikation können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, für die sie nach ihrer Ausbildung qualifiziert sind.

(4) Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Absatz 6 verfügen. Diese Pflegekräfte können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

- Inhalationen
- Einreibungen
- Kälteträger auflegen
- Dermatologische Bäder
- Kompressionsstrümpfe / -strumpfhosen ab Klasse II an- bzw. ausziehen
- Abnehmen eines Kompressionsverbandes
- Medikamente verabreichen / eingeben mit folgenden Ausnahmen:

→ BTM-Pflaster

→ Bedarfsmedikation

→ Gabe von Augentropfen, wenn sich die Gabe auf mehr als ein Medikament bezieht.

(5) Auszubildende in der Pflege ab dem dritten Ausbildungsjahr können entsprechend Ihrem Ausbildungsstand neben den in Absatz 4 aufgeführten Leistungen folgende Leistungen unter fachlicher Anleitung im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung erbringen:

- Blutzuckermessung
- Blutdruckmessung
- Klyisma
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Injektionen s. c.
- Richten von Injektionen s. c.

(6) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte nach Absatz 4 und 5 entsprechend ihrer materiellen Qualifikation eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für die

- Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und der entsprechenden Eignung
- Delegation der Pflegemaßnahmen
- regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie die Ergebnisqualität

bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typische Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.

Zur Feststellung der Eignung überprüft die verantwortliche Pflegefachkraft, ob die jeweilige behandlungspflegerische Maßnahme von der Pflegekraft durchgeführt werden kann. Die Pflegekraft hat schriftlich zu bestätigen, ob sie die jeweilige Maßnahme durchführen kann.

Die Feststellung der materiellen Qualifikation und die regelmäßige Überprüfung der Durchführung der Leistungen hat der Pflegedienst im Rahmen seines internen Qualitätsmanagements zu dokumentieren. Auf begründete Anforderung ist diese Dokumentation den Krankenkassen / -verbänden zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenkassen stellen den ambulanten Pflegediensten Muster für die Dokumentation der Delegation von Leistungen an Pflegekräfte nach Abs. 4 (**Anlage 3a**) und an Pflegeschüler nach Abs. 5 (**Anlage 3b**) zur Verfügung. Diese Muster sind dann zu nutzen, wenn das interne Qualitätsmanagement des Pflegedienstes eine entsprechende Dokumentation nicht vorsieht.

(7) Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung kann von Pflegekräften ohne formale Qualifikation unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft durchgeführt werden.

(8) Der Leistungserbringer hält eine Liste über das in der Pflege gemäß diesem Vertrag eingesetzte Personal – inklusive der Mitarbeiter nach § 16 Abs. 4 und 5 – mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor. Auf begründete Anforderung übersendet der Leistungserbringer diese Liste (**Anlage 4**) an die anfordernde Krankenkasse bzw. dem Krankenkassenverband.

## **§ 17 Fortbildung**

(1) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft, der Pflegefachkräfte und der Pflegekräfte, die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen, durch berufsbezogene Fortbildungen sicher zu stellen. Zu den Fortbildungen in diesem Sinne zählen interne und externe Maßnahmen, wie z.B. Schulungen, Seminare, Qualitätszirkel und Fallbesprechungen.

(2) Art, Inhalt und Umfang sowie die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Auf Anforderung der Krankenkasse bzw. des Krankenkassenverbandes hat der Träger des Pflegedienstes den Nachweis zu erbringen, dass dieser Fortbildungspflicht nachgekommen wurde.

(3) Die internen und/oder externen Fortbildungsmaßnahmen umfassen einen Mindestumfang von acht Stunden pro Mitarbeiter und Kalenderjahr. Dies gilt für Vollzeitbeschäftigte, die für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bei dem Pflegedienst beschäftigt sind und Leistungen nach § 132 a SGB V erbringen. Für Teilzeitbeschäftigte gilt der vereinbarte Mindestumfang proportional zur vereinbarten Arbeitszeit, mindestens aber drei Std. Längere Abwesenheiten, wie z. B. Krankheit, werden berücksichtigt.

(4) Der Nachweis hat bei Anforderung der Krankenkasse oder des Krankenkassenverbandes innerhalb eines Monats für max. drei Jahre rückwirkend zu erfolgen. Wird der Nachweis der ordnungsgemäßen Fortbildung innerhalb dieser Frist nicht lückenlos erbracht, so wird die Vergütung von den Krankenkassen ab



Feststellung des Versäumnisses (Zustellung des Bescheides) bis zur Beseitigung des Mangels im ersten bis dritten Monat um 5% und ab dem vierten Monat um 10% gekürzt und eine Nachfrist von längstens sechs Monaten eingeräumt. Die Kürzung endet in dem Monat in dem der Pflegedienst die versäumten Schulungen nachweist. Kann der Pflegedienst innerhalb der Nachfrist die Nachweise nicht erbringen, ist der Vertrag zu kündigen.

## **§ 18 Verantwortliche Pflegefachkraft**

(1) Die pflegerische Leitung des Pflegedienstes muss von einer in Vollzeit beschäftigten verantwortlichen Pflegefachkraft mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger/in wahrgenommen werden. Die Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegedienstleitung durch eine(n) Altenpfleger/in setzt eine dreijährige Ausbildung voraus.

(2) Die verantwortliche Pflegefachkraft muss innerhalb der letzten acht Jahre vor Antragstellung mindestens zwei Jahre den Beruf in Vollzeitbeschäftigung ausgeübt haben. Die Frist beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft bestellt werden soll. Für Teilzeitbeschäftigte verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit unter alleiniger Anrechnung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungszeiten entsprechend.

(3) Die verantwortliche Pflegefachkraft muss den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen. Ein abgeschlossenes staatlich anerkanntes Studium im Fachbereich Pflege / Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität ersetzt die Weiterbildung. Sonderabsprachen sind in begründeten Einzelfällen möglich.

(4) Die Voraussetzung der Vollzeitbeschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft kann im Einvernehmen mit der Krankenkasse oder dem Krankenkassenverband durch Beschäftigung von höchstens zwei sozialversicherungspflichtigen Teilzeitkräften erfüllt werden. Der Nachweis des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden muss in diesem Fall für jede der Leitungskräfte vorgelegt werden.

(5) Verantwortliche Pflegefachkräfte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages die Funktion bereits ausüben und hierfür von den Kranken- bzw. Pflegekassen auch akzeptiert wurden, sind auf der Grundlage dieses Versorgungsvertrages in dieser Funktion weiterhin anzuerkennen, auch wenn einzelne Bedingungen der Absätze 1–4 nicht erfüllt werden.

## **§ 19 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

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

(2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gemäß § 18 Abs. 1 und 2 zu erfüllen. Sie ist hauptberuflich im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses für den Pflegedienst tätig. Ein Stellensplitting von max. zwei Pflegefachkräften ist möglich.

## **§ 20 Mindestpersonal**

(1) Der Pflegedienst muss neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger / Krankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in) beschäftigen. Die zwei weiteren sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräfte (in Teilzeit) nach Satz 1 können auch durch eine weitere sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachkraft (in Vollzeit) ersetzt werden. <sup>3</sup>

(2) Die Stellen nach §§ 18, 19 und 20 dürfen nicht länger als drei Monate unbesetzt bleiben.

---

<sup>3</sup> Protokollnotiz auf Seite 29

(3) Die Voraussetzung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den §§ 18 bis 20 ist auch erfüllt, sofern es sich um den / die Eigentümer/in oder eine/n Gesellschafter/in des ambulanten Pflegedienstes handelt und ihre regelmäßige Arbeitsleistung dem Pflegedienst mindestens im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung zur Verfügung stellt.

## **Kapitel III**

### **Voraussetzungen der Leistungserbringung**

#### **c) Prozessqualität**

## **§ 21 Behandlungspflegerischer Prozess**

(1) Die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sind in den behandlungspflegerischen Prozess einzubeziehen. Dabei sind der Versicherte und auf dessen Wunsch seine Angehörigen oder andere Bezugspersonen durch Informationen, Beratung und Anleitung in einzelne – von ihnen durchführbare – behandlungspflegerische Tätigkeiten einzuführen, soweit die Vertragsärztin/der Vertragsarzt diese Leistungen nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V verordnet.

(2) Der Pflegedienst erstellt aufgrund der ärztlichen Verordnung unverzüglich, spätestens nach dem ersten Einsatz, einen individuellen Pflege- bzw. Einsatzplan. Bei einzelnen behandlungspflegerischen Maßnahmen ist § 22 Abs. 2 zu beachten. Dieser muss, soweit möglich und sinnvoll, entsprechend dem behandlungspflegerischen Prozess kontinuierlich aktualisiert werden.

## **§ 22 Pflegedokumentation**

(1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes, den aktuellen Standards entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das eine übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des behandlungspflegerischen Prozesses ermöglicht. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen.

(2) Die Pflegedokumentation ist eine Urkunde und hat daher die entsprechenden charakteristischen Anforderungen zu erfüllen. Wird von einem Pflegedienst eine EDV-basierte Pflegedokumentation verwendet, so hat der Pflegedienst sicher zu stellen, dass die nach Abs. 1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(3) Kann das Ziel der ärztlichen Behandlung auch durch einzelne behandlungspflegerische Maßnahmen erreicht werden, ist die Leistungsdokumentation ausreichend.

(4) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z.B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) ist möglichst der regional etablierte Pflegeüberleitungsbogen zu verwenden.

(5) Der für die Leistungserbringung notwendige Teil der Pflegedokumentation ist grundsätzlich (mindestens für die letzten drei Monate und der laufende Monat) beim Versicherten aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung bei der Versichertem/dem Versicherten ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation bei dem ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.

(6) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zugänglich zu machen, soweit diese beim Pflegedienst aufbewahrt wird. Die Bestimmungen des Datenschutzes sind zu berücksichtigen.

(7) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt drei Jahre. Die Frist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

### **Kapitel III**

#### **Voraussetzungen der Leistungserbringung**

##### **d) Ergebnisqualität**

##### **§ 23 Ergebnisqualität**

Das Ergebnis des behandlungspflegerischen Prozesses ist anhand des ärztlich definierten Behandlungs- und Pflegeziels, sofern dieses vorliegt, regelmäßig zu überprüfen. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

### **Kapitel IV**

#### **Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

##### **§ 24 Qualitätssicherung**

Der Träger des Pflegedienstes ist für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, welches auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gerichtet ist, verantwortlich. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind interne und externe Maßnahmen zu unterscheiden. Es gelten die Regelungen zur Vereinbarung nach § 113 SGB XI ambulant, Ziffer 1.3 und 1.4 in der jeweils gültigen Fassung.

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement ist verpflichtend für den Pflegedienst und umfasst alle entsprechenden Maßnahmen. Das externe Qualitätsmanagement umfasst unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher bzw. vertraglicher Verpflichtung oder freiwilliger Prüfung.

## **§ 25 Qualitätsprüfungen**

Die Verbände der Pflegekassen sind berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege nach § 114 Abs. 3 Satz 2 SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen zu lassen. Grundlage der Qualitätsprüfung sind die nach dem SGB XI vorzulegenden Unterlagen.

Die Unterlagen sind vorzuhalten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vor Beginn der Prüfung zu übergeben, soweit die Unterlagen den Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden nicht im Sinne des § 33 dieses Vertrages für die Abrechnung übersandt wurden.

Die Aufbewahrungsfrist für diese Unterlagen regelt sich nach der Vereinbarung zu § 113 SGB XI ambulant in der jeweils gültigen Fassung.

## **Kapitel V**

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

#### **§ 26 Allgemeines zur Zusammenarbeit**

Zur Sicherstellung der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege wirkt der Pflegedienst im Rahmen seines Behandlungspflegeauftrages mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung und anderen an der Versorgung Beteiligten sowie der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen.

#### **§ 27 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt**

(1) Die Einleitung und Durchführung der Behandlungsmaßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen (häusliche Krankenpflege) und die Koordination der Zusammenarbeit erfolgen gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 und 4 SGB V durch den behandelnden Vertragsarzt.

(2) Der Pflegedienst berichtet dem behandelnden Vertragsarzt mit Einverständnis des Patienten über wesentliche Änderungen im gesundheitlichen Status und über, die für die Behandlungspflege relevanten Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation im Zusammenhang mit der häuslichen Krankenpflege.

(3) Wird der Pflegedienst vom Vertragsarzt über Veränderungen der Verordnung oder über neue pflegerelevante Befunde informiert, hat der Pflegedienst diese unverzüglich zu berücksichtigen.

(4) Der Pflegedienst ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen.

## **§ 28 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus**

(1) Der Pflegedienst stellt die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus ab Kenntnis der Einweisung unverzüglich schriftlich zur Verfügung.

(2) Der Pflegedienst berücksichtigt bei der Durchführung der häuslichen Krankenpflege den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht, sofern er dem Pflegedienst vorliegt und die erforderlichen Maßnahmen durch den Arzt verordnet werden.

## **§ 29 Zusammenarbeit mit anderen Pflegediensten**

(1) Einzelne Leistungen nach diesem Vertrag können in Kooperation mit einem anderen Pflegedienst erbracht werden. Pflegedienste, die eine solche Kooperation mit einer anderen Einrichtung praktizieren, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Dieser ist der Krankenkasse bzw. dem Krankenkassenverband vorzulegen. Die personelle Mindestausstattung nach den §§ 18–20 dieses Vertrages ist ohne eine Berücksichtigung von Kooperationen vorzuhalten.

(2) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sind nicht zulässig.

## **§ 30 Pflegebedürftigkeit**

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

## **Kapitel VI**

### **Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Leistungserbringung**

## **§ 31 Wirtschaftlichkeit**

Die Leistungen der Pflegedienste aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Vertragsärzte nicht verordnen, Versicherte nicht beanspruchen,

Krankenkassen nicht bewilligen und die Pflegedienste nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Eine orts- und bürgernahe Versorgung soll gewährleistet werden.

## **Kapitel VII**

### **Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen**

#### **§ 32 Allgemeine Grundsätze der Vergütung**

(1) Das System zur Vergütung von häuslicher Krankenpflege soll insbesondere folgende Grundsätze erfüllen:

- a) Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und handhabbar sowie
- b) die Vergütung muss leistungsgerecht, angemessen und wirtschaftlich sein und
- c) die Leistungserbringer in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen dieses Vertrages entsprechende Leistung zu erbringen.

(2) Die Vergütung wird unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgegebenen Beitragsstabilität prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.

(3) Häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen grundsätzlich als Sachleistung zur Verfügung gestellt.

(4) Zuzahlungen vom Versicherten für Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden. Zuzahlungen nach § 61 SGB V bleiben hiervon unberührt. Satz 1 gilt nicht für solche Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen und aufgrund privatrechtlicher Vereinbarung zwischen Versicherten und Pflegedienst erbracht werden.

#### **§ 33 Vergütung und Abrechnung der Leistungen**

(1) Die Vergütung der Leistungen richtet sich nach der jeweilig gültigen Vergütungsvereinbarung der jeweils zuständigen Krankenkasse bzw. des Krankenkassenverbandes (Anlage 5).

(2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt kalendermonatlich oder für Teile eines Kalendermonats. Erfolgt die Abrechnung im Rahmen des DTA-Verfahrens, kann in begründeten Einzelfällen eine zweite Abrechnung im laufenden Monat über den Datenträgeraustausch erfolgen.

Der Leistungsnachweis ist der Abrechnung beizufügen. Der Versicherte hat die Erbringung der verordneten Leistungen durch Unterschrift nach der Erbringung der Leistungen auf dem Leistungsnachweis zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

Der Leistungsnachweis enthält folgende Angaben:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
- Name und Vorname, Versicherungsnummer und Geburtsdatum des Versicherten
- Art und Anzahl der erbrachten Leistungen
- Gegenzeichnung der durchgeführten Leistungen durch Handzeichen der durchführenden Pflegekraft bzw. EDV-Kennzeichnung
- Datum der Leistungserbringung
- Uhrzeit der Leistungserbringung

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

(3) Für die Abrechnung sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung zu beachten.

Bei Rechnungslegung in Papierform, müssen alle Daten wie im DTA-Verfahren angegeben übermittelt werden.

(4) Die Abrechnung von Leistungen, die nach § 5 Abs. 6, Satz 1 dieses Vertrages wegen des Vertrauensschutzes abrechnungsfähig sind, erfolgt ebenfalls monatlich. Die Krankenkassen veranlassen und sichern hierfür die technischen Voraussetzungen hinsichtlich des Genehmigungskennzeichens.

(5) Jeder Pflegedienst verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Das Institutionskennzeichen hat den Vertragsnamen und -sitz des Pflegdienstes auszuweisen. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist allen beteiligten Krankenkassenverbänden sowohl bei Vertragsbeitritt als auch bei Änderungen



mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgt ausschließlich unter diesem IK.

Das Institutionskennzeichen ist in jeder Abrechnung anzugeben.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten Institutionskennzeichen bei der Sammelstelle zur Vergabe von Institutionskennzeichen (SVI) gespeicherten Angaben einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen.

(6) Die Abrechnungsdaten sind an die zuständigen Datenannahme- und -verteilstellen zu liefern. Papierbelege (wie z. B. Leistungsnachweise, Begleitzettel für Urbelege) sind an die zuständige Abrechnungsstelle der Krankenkasse oder die von ihr benannte Abrechnungsstelle zu senden.

Soweit eine Leistungspflicht besteht, erfolgt die Bezahlung innerhalb von 21 Tagen nach Rechnungseingang. Die Frist beginnt mit dem Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen gemäß Abs. 2 dieser Vereinbarung bei der Krankenkasse bzw. einer von ihr benannten Stelle. (Datum der Wertstellung auf dem Konto des Pflegedienstes). Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag dem Geldinstitut innerhalb der Fristen erteilt wurde.

Bei Überschreitung des Zahlungsziels von 21 Tagen kommt die Krankenkasse gem. § 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB ohne eine weitere Mahnung in Verzug. Für die Zeit des Verzuges können gem. § 288 Abs. 1, S1 BGB Verzugszinsen in Höhe von drei Prozentpunkten p. a. über dem jeweils gültigen Basiszinssatz nach § 247 BGB berechnet werden. Der Ersatz eines weitergehenden Verzugsschadens, insbesondere vorgerichtlicher Anwaltskosten, ist ausgeschlossen; prozessuale Kostenerstattungsansprüche bleiben hiervon unberührt.

Beanstandungen, die zu einer Rechnungskürzung, Rückforderung oder Verrechnung führen, sind innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend zu machen.

Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständigen Krankenkassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren.

Nach Ablauf von 12 Monaten seit Abgabe der Leistungen können bei den Krankenkassen keine Vergütungsansprüche mehr geltend gemacht werden.

## **VIII Kapitel**

### **Salvatorische Klausel, Inkrafttreten**

#### **§ 34 Salvatorische Klausel**

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

#### **§ 35 Inkrafttreten des Vertrages**

Der Versorgungsvertrag tritt am ..... in Kraft.

Protokollnotizen zu

### **§ 1 Abs. 3**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, der häuslichen Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V) sowie alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege bezüglich besonders aufwändiger Versorgung, z. B. rund-um-die-Uhr Versorgung, Beatmungs-/Wachkomapatienten u. ä., weiterhin von den beigetretenen Pflegediensten – bis zum Abschluss einer Ergänzungsvereinbarung dieses Rahmenvertrages – durch Einzelfallvereinbarungen mit dem jeweiligen Kostenträger verhandelt und erbracht werden können.

### **§ 5 Abs. 6**

Die Vertragspartner empfehlen den Pflegediensten, die ärztliche Verordnung vor Einreichung zur Genehmigung bei der zuständigen Kasse auf das Vorliegen der notwendigen formalen Kriterien hin zu überprüfen und ggf. durch den Vertragsarzt ändern zu lassen. Das betrifft insbesondere Verordnungen mit Angaben zur Medikamentengabe, Insulininjektion, Wund-/Dekubitusversorgung und Kompressionstherapie.

### **§ 20 Abs. 1**

Pflegedienste, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages von den Krankenkassen akzeptiert wurden, sind auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages weiterhin anzuerkennen, auch wenn sie die Bedingung des § 20 Abs. 1 nicht erfüllen.

Die personelle Situation des Pflegedienstes zum Inkrafttreten dieses Vertrages ist dem federführenden Verband mitzuteilen. Sollte der Personalbestand bei den Pflegefachkräften gegenüber der mitgeteilten Ausgangslage absinken, ist die federführende Krankenkasse/der Krankenkassenverband unverzüglich zu informieren.

Ort, Datum -----

-----  
Einrichtung

-----  
AOK Nordwest  
Die Gesundheitskasse

-----  
BKK-Landesverband NORDWEST

-----  
IKK Nord

-----  
Knappschaft  
Regionaldirektion Hamburg

-----  
SVLFG als LKK

-----  
Verband der Ersatzkassen e.V.  
der Leiter der Landesvertretung  
Schleswig-Holstein

## **Anlage 1 zu § 7 Abs. 4**

### **Vorgaben für den weiteren Umgang mit den Pflegedokumentationen bei der Pflegekasse**

1. Die betroffene Pflegekasse bzw. ihr Verband darf die kopierte Pflegedokumentation nur zweckgebunden für die Überprüfung der konkreten Anhaltspunkte für einen Abrechnungsbetrug verwenden.
2. Die betroffene Pflegekasse bzw. ihr Verband ist verpflichtet sicherzustellen, dass der Aufbewahrungsort der kopierten Pflegedokumentation jederzeit nachvollzogen werden kann. Zu dem Zweck hat die betroffene Pflegekasse bei jeder Weitergabe der kopierten Pflegedokumentation, z. B. zur internen Bearbeitung oder an die Staatsanwaltschaft oder zur Vernichtung, ein Übergabeprotokoll anzufertigen und die Übergabeprotokolle sicher und auffindbar zusammen zu verwahren.
3. Die betroffene Pflegekasse bzw. ihr Verband stellt ebenfalls sicher, dass ausschließlich befugte Mitarbeiter/innen Kenntnis vom Inhalt der kopierten Pflegedokumentationen erhalten.
4. Die betroffene Pflegekasse bzw. ihr Verband stellt darüber hinaus sicher, dass die zur Einsichtnahme in die kopierte Pflegedokumentation befugten Mitarbeiter regelmäßig im datenschutzgerechten Umgang mit Pflegedokumentationen nachweislich geschult werden.
5. Die betroffene Pflegekasse bzw. ihr Verband hat die kopierte Pflegedokumentation zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu vernichten, insbesondere dann, wenn
  - a) der Verdachtsfall sich nicht erhärtet hat
  - b) versehentliche Abrechnungsfehler geklärt sind
  - c) Rückforderungen geeinigt und ggf. ausgeglichen sind oder
  - d) Etwaige gerichtliche Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit Betrugsfällen abgeschlossen sind

Der Ort und Zeitpunkt der Vernichtung ist von der betroffenen Pflegekasse bzw. ihrem Verband zu protokollieren und dem betroffenen Pflegedienst schriftlich zur Kenntnis zu gehen.



**Anlage 2 des Vertrages nach §§ 132 und 132a SGB V  
(§ 10 Abs. 2)**

**Gemeinsamer Strukturhebungsbogen  
der Landesverbände /- vertretungen der Pflege- und  
Krankenkassen in Schleswig-Holstein für ambulante Pflegedienste**

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt die Zulassung zur Versorgung durch  
Abschluss eines Versorgungsvertrages für

Ambulante Pflege (SGB XI) ab .....

Häusliche Krankenpflege (SGB V) ab .....

**I Allgemeine Angaben**

**1. Angaben zur Einrichtung**

Name der Einrichtung	
Straße	
Postfach	
PLZ / Ort	
Tel.-Nr. / Telefax	
E-Mail-Adresse	
IK-Kennzeichen	
Landkreis / kreisfreie Stadt	

**2. Angaben zum Träger der Einrichtung**

Träger der Einrichtung	
Rechtsform des Trägers	
Straße	
Postfach	
PLZ / Ort	
Tel.-Nr. / Telefax	
E-Mail-Adresse	

### 3. Status des Trägers

- öffentlich – rechtlich
- freigemeinnützig
- privat – gewerblich

### 4. Angaben zur Trägervereinigung

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

.....

### 5. Örtlicher Einzugsbereich (in der Regel 30 KM Radius um den Betriebssitz, Abweichungen bitte angeben)

-----

-----

## II Angaben zur Struktur der Einrichtung

### 1. Wirtschaftliche Selbständigkeit (Angabe nur notwendig wenn ein Vertrag nach SGB XI beantragt wird)

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung ab Eröffnung dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und – verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der Pflege klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben der Pflegeeinrichtung abgegrenzt sind.

- Ja  Nein

### 2. Verantwortliche Pflegefachkraft

Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

- Ja  Nein

Wenn ja:

Name, Vorname	
Qualifikation	
Arbeitszeit in der Woche	



Bei einem Stellensplitting der verantwortlichen Pflegefachkraft bitte hier die Daten der zweiten Pflegefachkraft angeben.

Name, Vorname	
Qualifikation	
Arbeitszeit in der Woche	

Die verantwortliche Pflegefachkraft in der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis aus.

- Ja  Nein

Ist die verantwortliche Pflegefachkraft noch für weitere Pflegeeinrichtungen tätig?

- Ja  Nein

### 3. Stellvertretende Pflegefachkraft (Weitere Angaben nur wenn ein Vertrag nach SGB V beantragt wird)

Ist sichergestellt, dass bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft nach Punkt 2 die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist?

- Ja  Nein

Wenn ja:

Name, Vorname	
Qualifikation	
Arbeitszeit in der Woche	

Bei einem Stellensplitting der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft bitte hier die Daten der zweiten Pflegefachkraft angeben.

Name, Vorname	
Qualifikation	
Arbeitszeit in der Woche	

### 4. Mindestpersonal

Angaben der weiteren Personen zur Erfüllung der personellen Mindestvoraussetzungen:

Name, Vorname	
---------------	--

Qualifikation	
Arbeitszeit in der Woche	

Name, Vorname	
Qualifikation	
Arbeitszeit in der Woche	

### III Leistungen

1. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis)

- ja                       nein, pflegefachlicher Schwerpunkt:.....

2. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht?

- ja, mit wem und für welche Leistungen  
.....

- nein

3. Welche pflegerische Konzeption liegt dem Pflegedienst zugrunde?

-  
.....

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Übersicht der mit dem Strukturhebungsbogen einzureichenden Unterlagen

### Punkt I Nr. 2 – Angaben zum Träger der Einrichtung:

- Bei einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), Auszug aus dem Gesellschaftervertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung und Unternehmenszweck
- Bei einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftervertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einem aktuellen Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichtes
- Bei anderen Gesellschaftsformen (z. B. OHG, KG, AG, Partnergesellschaften sowie Mischformen) und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten die o. g. Nachweispflichten entsprechend. Bei eingetragenen Vereinen ist das Vereinsregister des zuständigen Amtsgericht beizufügen.

liegt bei  wird nachgereicht

### Punkt I Nr. 4 – Angaben zur Trägervereinigung

Kopie der Bestätigung durch den Trägerverband

liegt bei  wird nachgereicht

### Punkt II Nr. 2 – Verantwortliche Pflegefachkraft

- Aktuelles Führungszeugnis der PDL
- liegt bei  wird nachgereicht
- Kopie der Examensurkunde
- liegt bei  wird nachgereicht
- Nachweis der erfolgreich abgeschlossenen mindestens 460-stündigen Weiterbildung
- liegt bei  wird nachgereicht
- Nachweis über praktische Berufserfahrung der letzten 8 Jahre
- liegt bei  wird nachgereicht

### Punkt II Nr. 3 – Stellvertretende Pflegefachkraft

- Kopie der Examensurkunde
- liegt bei  wird nachgereicht
- Nachweis über praktische Berufserfahrung der letzten 8 Jahre (nur bei SGB V)
- liegt bei  wird nachgereicht

### Punkt II Nr. 4 – Mindestpersonal

- Kopien der Examensurkunde
- liegt bei  wird nachgereicht

### Punkt III Nr. 3 – Kooperationsvereinbarungen

- Kooperationsvertrag
- liegt bei  wird nachgereicht

### Sonstige Nachweise

- Abschluss einer Betriebs- und Geschäftshaftpflichtversicherung
- liegt bei  wird nachgereicht







**Anlage 3b des Rahmenvertrages §§ 132 und 132a SGB V  
(§ 16 Abs. 4, 5 und 6) - Seite 1**

Name und Anschrift des ambulanten Pflegedienstes:						Name, Vorname des Auszubildenden						
Delegationsmaßnahme (mindestens): - theoretische Kenntnisse vermitteln - theoretische Kenntnisse überprüfen - Praxisbegleitung - regelmäßige Überprüfung	Blutzuckermessung		Blutdruckmessung		Klyisma		Flüssigkeitsbilanzierung		Injektionen s.c.		Richten von Injektionen s.c.	
	Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum	
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL

<b>Delegationsmaßnahme (mindestens):</b> - theoretische Kenntnisse vermitteln - theoretische Kenntnisse überprüfen - Praxisbegleitung - regelmäßige Überprüfung	<b>Abnehmen eines Kompressionsverbandes</b>		<b>Dermatologische Bäder</b>		<b>Einreibungen</b>		<b>Inhalationen</b>		<b>Kälteträger auflegen</b>		<b>Kompressions-strümpfe / -strumpfhosen ab Klasse II an-/ausziehen</b>		<b>Medikamente eingeben / verabreichen</b>	
	Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum	
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL
	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL	HZ MA	HZ PDL





