

Rahmenempfehlungen

nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege

vom 10.12.2013

des GKV-Spitzenverbandes¹, Berlin

der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V., Hannover

des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin

des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege e.V., Hannover

der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin

des Bundesverbandes Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen e.V., Essen

des Bundesverbandes der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V., Köln

des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Köln

des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V., Berlin

des Deutschen Caritasverbandes e.V., Freiburg i.Br.

des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband - e.V., Berlin

des Deutschen Roten Kreuzes e.V., Generalsekretariat, Berlin

der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin

des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen

der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., Frankfurt am Main

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V; die Rahmenempfehlungen wurden unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene beraten.

Präambel

Nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 29.10.2012 sieht vor, dass die Empfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V bis zum 01.07.2013 zwischen den Beteiligten geschlossen werden sollen. Dabei wurden die zu vereinbarenden Inhalte um Grundsätze zum Verfahren zur Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse sowie zum Abrechnungsverfahren erweitert. Die von den Rahmenempfehlungspartnern hierzu in der Rahmenempfehlung einvernehmlich getroffenen Regelungen über die nach § 302 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 SGB V in Richtlinien geregelten Inhalte sind nach Maßgabe des § 132a Abs. 1 Satz 6 SGB V – sofern sie von den Richtlinien nach § 302 SGB V abweichen – gegenüber diesen Richtlinien entsprechend § 302 Abs. 4 SGB V vorrangig.

Aufgrund der zeitlichen Vorgaben durch den Gesetzgeber haben sich die Empfehlungspartner zunächst auf eine Priorisierung der drei Themen

- Anerkennung verantwortliche Pflegefachkraft
- Verordnungs- und Genehmigungsverfahren
- Abrechnungsverfahren erbrachter Leistungen, einschließlich des Datenträger austausches verständigt.

Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben sich auf weitere Themen verständigt, die nach ihrer Bearbeitung und Konsentierung zu einem späteren Zeitpunkt in die Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V aufgenommen werden sollen.

§ 1 Verantwortliche Pflegefachkraft

- 1) Die vom ambulanten Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen.

- 2) Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für
 - a. die Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen
 - b. die Umsetzung des Pflegekonzeptes des Pflegedienstes
 - c. die fachliche Koordination der Häuslichen Krankenpflege im Rahmen der ärztlichen 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.

- 3) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die eine Ausbildung als
 - a) Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger oder
 - b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 - c) Altenpflegerin oder Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder
 - d) Altenpflegerin oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrechtabgeschlossen haben.

- 4) 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.

- 5) 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. 3 oder 4 wahrgenommen wird.
- 6) Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Absatz 3 oder 5 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde, davon mindestens neun Monate im ambulanten Bereich.
- 7) 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 % 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.

- 8) Die verantwortliche Pflegefachkraft soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Eine Teilzeitbeschäftigung

im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5² 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.

- 9) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt bezogen auf Berufsabschluss und Berufserfahrung die gleichen Voraussetzungen wie die verantwortliche Pflegefachkraft (s. Absätze 3-6). Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.

² Besondere Belange der Versorgung von Kindern sind zu berücksichtigen

§ 2 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren

- 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)³. Diese Verordnung ist durch die Versicherte/den Versicherten oder deren/dessen gesetzlichen 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 Datumsangabe⁴.
- 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 Befunde⁵.
- 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

³ vgl. § 3 Abs. 3 HKP-RL mit Stand 21.08.2013

⁴ vgl. § 3 Abs. 4 HKP-RL mit Stand 21.08.2013

⁵ vgl. § 7 Abs. 2 und 3 HKP-RL mit Stand 21.08.2013

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. Dieses und weitergehende Regelungen zu den Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V zu regeln.

- 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 verordnungsfähig sind oder wenn Leistungen der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, die nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse nicht vorgesehen sind.
- 6) Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt des Zugangs der (teil-) ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer. Die Vertragspartner nach § 132a Abs. 2 SGB V sind gehalten, Regelungen zum Zugang von (teil-)ablehnenden Entscheidungen beim Pflegedienst zu treffen.
- 7) Die Pflegedienste sowie die Krankenkassen sind verpflichtet, den Schutz von Sozialdaten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen sicherzustellen.

§ 3 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 3-maliger 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.⁶

- 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

⁶ Die Partner der Empfehlungen vereinbaren, bis zum 31.03.2014 eine Agenda zum weiteren Vorgehen, unter Berücksichtigung von vorliegenden Erkenntnissen zu technischen Möglichkeiten und notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen, zu erstellen.

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.

§ 4 Inkrafttreten und Kündigung

- 1) Soweit diese Rahmenempfehlungen Regelungen nach § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 in Verbindung mit Satz 6 SGB V treffen, treten diese Regelungen zum 1. Januar 2014 in Kraft. Abweichend davon gelten zu § 3 Abs. 4 und 6 die dort genannten Vorgaben hinsichtlich des Inkrafttretens. Die Regelungen können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- 2) Die gekündigten Regelungen gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter. Nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, verpflichten sich alle Vertragsparteien, unverzüglich die Verhandlungen aufzunehmen.
- 3) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

§ 5 Salvatorische Klausel

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

GKV-Spitzenverband

Berlin, den 10.12.2013

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime
und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.

Hannover, den

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den

Bundesverband Ambulanter Dienste und

Stationärer Einrichtungen e.V.

Essen, den

Bundesverband der kommunalen Senioren-

und Behinderteneinrichtungen e.V.

Köln, den

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Köln, den

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Berlin, den

Deutscher Caritasverband e.V.

Freiburg i.Br., den

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V.

- Gesamtverband -

Berlin, den

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Berlin, den

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Berlin, den

Verband Deutscher

Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Essen, den

Zentralwohlfahrtsstelle

der Juden in Deutschland e.V.

Frankfurt am Main, den
