

VERTRAG

über

die Versorgung mit Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 und 2 SGB V und § 24h SGB V

zwischen

IK:

(im folgenden Leistungserbringer genannt)

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

(im Folgenden vdek-Landesvertretung genannt)

sowie

der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST, handelnd für die beigetretenen Betriebskrankenkassen gemäß der Anlage zu diesem Vertrag

der IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, der IKK gesund plus, der IKK – Die Innovationskasse, der IKK Südwest,

der KNAPPSCHAFT

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich der Vereinbarung

Dieser Vertrag nach § 132 Abs. 1 SGB V regelt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit Wohnsitz im Land Nordrhein-Westfalen mit Haushaltshilfe gem. § 38 Abs. 1 und 2 SGB V und § 24h SGB V.

Die Anlagen:

- 1 – Inhalte der Haushaltshilfe
- 2 – Personelle und organisatorische Anforderungen
- 3 – Vergütungsvereinbarung

sind Bestandteile dieses Vertrages.

§ 2 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer ist berechtigt und verpflichtet, die von einer Krankenkasse auf Antrag des Versicherten genehmigten Maßnahmen der Haushaltshilfe entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen und abzurechnen. Der Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch sein Personal durchführen. Ist der Leistungserbringer eine juristische Person oder eine Personenvereinigung oder Personengesellschaft, hat er eine fachliche Leitung gegenüber der vdek-Landesvertretung zu benennen. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die fachliche Leitung durch eine beruflich qualifizierte Person wahrgenommen wird. Dabei darf es sich nicht um einen freien Mitarbeiter handeln. Der Leistungserbringer hat gegenüber der vdek-Landesvertretung die für die fachliche Leitung geforderte Qualifikation gemäß der Anlage 2 Ziffer I unter Einreichung einer Kopie der Berufsurkunde nachzuweisen. Die Erreichbarkeit der fachlichen Leitung muss während der Zeiten der Leistungserbringung permanent gewährleistet sein. Die fachliche Leitung kann auf zwei jeweils in Teilzeit angestellte Kräfte aufgeteilt werden, die in Summe einer Vollzeitstelle entsprechen.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Vertragsleistungen entsprechend den Bedürfnissen nach einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung zu erbringen und seine Dienste nach dem Erfordernis des Versicherten für die gesamte Dauer der Durchführung der von der Krankenkasse genehmigten Leistung zu gewährleisten. Ist konkret absehbar, dass die von der Krankenkasse genehmigten Leistungen nicht mehr erbracht werden können, informiert der Leistungserbringer die leistungspflichtige Krankenkasse und den Versicherten unter schriftlicher Angabe der Gründe

unverzüglich. Weiterhin meldet der Leistungserbringer der leistungspflichtigen Krankenkasse unverzüglich, wenn für die Leistungsgewährung relevante Änderungen (z. B. vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus) eintreten.

- (2) Die Leistungen sind sorgfältig, einwandfrei und ausreichend auszuführen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.
- (3) Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass die Weiterführung des Haushaltes auch bei seiner Abwesenheit durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub durch gleichwertige Vertretung gewährleistet ist.
- (4) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften für die von der Krankenkasse genehmigten Leistungen die Haftung für Schäden. Der Leistungserbringer haftet für die von seinen angestellten und freien Mitarbeitern erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick zu verschaffen. Er ist zudem verpflichtet, sich vor dem ersten Einsatz seiner angestellten und freien Mitarbeiter unter anderem durch Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses von deren Eignung zu überzeugen. Eine Haftung der Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 3

Vermittlungsverbot/Kooperation mit anderen Leistungserbringern

- (1) Die Weitergabe von angenommenen Versorgungsmöglichkeiten (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) durch den Leistungserbringer ist unzulässig.
- (2) Der Leistungserbringer darf andere Leistungserbringer im Rahmen von Kooperationen (zeitweise) hinzuziehen, soweit und solange dies im Einzelfall zur Sicherstellung der Leistungserbringung erforderlich ist. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern dürfen nur eingegangen werden, wenn diese gleichfalls mit den vertrags-schließenden Krankenkassen in gültigen vertraglichen Beziehungen gemäß § 132 SGB V stehen. Der auftraggebende Leistungserbringer zeigt der für den Versicherten zuständigen Krankenkasse solche Sachverhalte unverzüglich an und informiert schriftlich zu Art, Umfang und Dauer der Kooperation sowie über die Gründe für die Hinzuziehung. Der auftraggebende Leistungserbringer trägt die fachliche und finanzielle Verantwortung.
- (3) Der auftraggebende Leistungserbringer haftet bei der Einschaltung von Kooperationspartnern für sämtliche Pflichtverletzungen so, als wäre er selbst tätig geworden.

§ 4

Leistungserbringung

- (1) Es sind nur die von der Krankenkasse genehmigten Leistungen zu erbringen. Nicht genehmigte Leistungen können nicht abgerechnet werden.
- (2) Leistungen, die der Leistungserbringer auf der Grundlage einer gesonderten vertraglichen Regelung bereits im Rahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 37 SGB V erbringt und abrechnet, sind nicht nochmals als Leistungen der Haushaltshilfe abrechenbar.
- (3) Leistungen, die über den von der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten genehmigten Umfang hinausgehen, sind – sofern der Versicherte sie wünscht – in einem schriftlichen Vertrag zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer festzulegen. Zusätzliche Zahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden. Verstöße berechtigen zur sofortigen Vertragskündigung.

§ 5

Leistungsnachweis

- (1) Der Leistungserbringer hat ein entsprechendes Dokumentationssystem auf Einzelnachweisen/ Stundennachweisen vorzuhalten. Alle Eintragungen sind von den durchführenden Kräften nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen zu bestätigen.
- (2) Der Einzelnachweis/ Stundennachweis beinhaltet insbesondere Datum und Uhrzeit des Einsatzbeginnes und –endes der an den einzelnen Tagen geleisteten Haushaltshilfe.
- (3) Die Durchführung der Leistungen ist grundsätzlich von den Versicherten oder einem Vertretungsberechtigten je Einsatz durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis zu bestätigen. Erfolgt in Ausnahmefällen die Unterschrift nicht, gibt der Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis oder einer Anlage dazu die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für die Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Erklärungen im Voraus sind unzulässig.
- (4) Der Einzel- / bzw. Stundennachweis ist der Abrechnung im Original beizufügen.

§ 6 Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen z. B. EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Versicherten und deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Arzt, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 7 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

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

- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der vdek-Landesvertretung sowie der IKK classic der KNAPPSCHAFT, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der AOK NordWest - Die Gesundheitskasse und der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen umgehend mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

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

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

Mustervertrag

§ 8 Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien nach § 302 SGB V genannt) in der jeweils aktuellen Fassung, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.
- (2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Als nicht maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere Schlüssel „Leistungserbringergruppe“, Positionsnummern, Preise, Tag der Leistungserbringung), die nicht den Vereinbarungen in den Anlagen entsprechen.
- (4) Die Rechnungsstellung erfolgt je Leistungserbringer monatlich einmal für alle laufenden oder beendeten Versorgungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung, soweit keine abweichende Regelung mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart wurde. Als Rechnungseingang gilt der Tag, an dem die vollständigen und korrekten Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.
- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern nach Ablauf von 12 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht worden sind, nicht mehr abgerechnet werden.
- (6) Nachforderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern nach Ablauf von 6 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgerechnet worden sind, nicht mehr erhoben werden. Maßgeblich ist das Datum des Eingangs der korrekten und vollständigen Rechnung. Für verspätet eingehende Nachforderungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (7) Der Leistungserbringer übermittelt zur Abrechnung die vollständige und korrekte Rechnung sowie den vollständigen und korrekten Leistungs- / Stundennachweis.

Die Rechnung umfasst mindestens folgende Angaben:

- a) IK des Leistungserbringers (§ 7 Abs.1),
 - b) den Leistungszeitraum sowie die in diesem Zeitraum erbrachten Stunden gegliedert nach Tagen.
- (8) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.
- (9) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der Frist nach § 45 SGB I geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform unter Beifügung der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.
- (10) Die Bezahlung der Rechnungen ist 21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen und korrekten Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Im Falle der Abrechnung auf Papier verlängert sich die Zahlungsfrist auf 30 Kalendertage. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Im Falle einer Insolvenz oder einer Forderungsabtretung oder einer Beauftragung eines Dritten zur Forderungsrealisierung ist der Leistungserbringer verpflichtet dies der vdek-Landesvertretung sowie der IKK classic, der KNAPPSCHAFT, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse unverzüglich mitzuteilen.
- (11) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der Leistungserbringer die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die Krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform

hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Krankenkassenseitige Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 3 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.

- (12) Hat der Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

§ 9

Vertragsverstöße

- (1) Beachtet der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten nicht oder handelt er entgegen den Bestimmungen des Vertrages, kann von ihm Abhilfe bzw. Unterlassung verlangt werden. Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt. Dem Leistungserbringer sind die Verstöße schriftlich zu nennen und ihm Gelegenheit zu geben, sich gegenüber der vdek-Landesvertretung sowie der IKK classic, der KNAPPSCHAFT, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse innerhalb von zwei Wochen zu äußern.
- (2) Setzt ein Vertragspartner seine Vertragsverstöße trotz des Verfahrens nach Abs. 1 fort oder handelt in schwerwiegendem Maße gegen die Bestimmungen des Vertrages, so kann die Vereinbarung ihm gegenüber mit sofortiger Wirkung außerordentlich gekündigt werden.
- (3) Als schwerwiegende Verstöße gelten insbesondere:
- Abrechnung von Leistungen, die keine Leistungen nach diesem Vertrag sind;
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;

- Doppelabrechnungen von Leistungen nach SGB V und SGB XI;
 - Doppelabrechnungen von Leistungen nach § 37 SGB V und §§ 38 SGB V, § 24h SGB V sowie nach dem SGB XI;
 - die Forderung oder Annahme von Aufzahlungen des Versicherten zu den Vertragsleistungen
 - Annahme von Aufträgen zur Vermittlung und Weitergabe an Dritte (siehe § 3 Absatz 1);
 - Wegfall der personellen Voraussetzungen nach Anlage 2 des Vertrages.
- (4) Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt.

§ 10 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am _____ in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum _____, schriftlich gekündigt werden. Wird der Vertrag seitens der vdek-Landesvertretung der IKK classic, der KNAPPSCHAFT, vom BKK-Landesverband NORDWEST, der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse nur gegenüber dem Leistungserbringer oder seitens des Leistungserbringers nur gegenüber einer der vier beteiligten Kassenarten gekündigt, bleibt der Vertrag im Übrigen bestehen.
- (3) Haben sich die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vereinbarungsinhaltes maßgebend sind, seit Abschluss der Vereinbarung so wesentlich verändert, dass einer Vereinbarungspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, so ist in Übereinstimmung mit § 59 SGB X die Kündigung dieser Vereinbarung mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalendermonats statthaft. Bei einer ordentlichen Kündigung bleiben die bisherigen Vertragsbestimmungen bis zum Abschluss einer Folgevereinbarung weiter bestehen.

§ 11 Schlussbestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt

haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.
- (2) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

, Dortmund, Dresden, Bochum, Essen, den

Leistungserbringer

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

BKK-Landesverband NORDWEST

AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

KNAPPSCHAFT

IKK classic
auch in Vertretung der im Rubrum
genannten anderen Innungskrankenkassen

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

**Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung mit Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 und 2
SGB V und § 24h SGB V**

Inhalte der Haushaltshilfe

Zu den Leistungen der Haushaltshilfe gehören alle Verrichtungen, die zur Weiterführung des Haushaltes zwingend notwendig sind. Sie ist am individuellen Bedarf des Versicherten auszurichten. Die Haushaltshilfe umfasst u. a. folgende Tätigkeiten:

- altersentsprechende Betreuung und Beaufsichtigung der Kinder,
- Einkaufen,
- Zubereitung von Mahlzeiten, Spülen,
- Versorgung mit Wäsche und Kleidung,
- Reinigen der Wohnung und Beheizen.

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 und 2 SGB V und § 24h SGB V

Personelle und organisatorische Anforderungen

I. Personelle Voraussetzungen

Leistungen der Haushaltshilfe können nur erbracht werden, wenn eine fachliche Leitung sichergestellt ist

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass er bzw. seine Mitarbeiter persönlich und fachlich geeignet sind, die Leistungen der Haushaltshilfe einschließlich der Betreuung und Aufsichtigung von Kindern (ggf. auch von körperlich und/oder geistig behinderten Kindern) zu erbringen.

1. Voraussetzungen für die fachliche Leiterin/den fachlichen Leiter

a) Nachweis der Erlaubnis zur Führung einer der nachfolgenden Berufsbezeichnungen:

- Haus- und Familienpflegerinnen
- Haus- und Familienhelfer
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter
- staatl. anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger
- Familienbetreuerinnen/Familienbetreuer
- staatl. anerkannte Heilerziehungspflegerinnen/Heilerziehungspfleger, Heilerzieherinnen/Heilerzieher sowie Heilpädagogin/Heilpädagoge,
- Staatlich geprüfte Erzieherinnen/Erzieher
- Staatlich geprüfte Sozialbetreuerin/Sozialbetreuer
- Kinderpflegerinnen/Kinderpfleger
- Meisterin/Meister der städt. und ländlichen Hauswirtschaft
- examinierte Altenpflegerinnen/Altenpfleger
- Krankenpflegefachkräfte
- Krankenpflegeassistentenberufe

oder gleichwerte Qualifikationen nach Abstimmung mit der Landesvertretung.

2. Weitere Voraussetzungen

Der Leistungserbringer hat bei Antragstellung folgende weitere Nachweise vorzulegen:

- a) Berufsurkunde fachliche Leitung und ggf. Stellvertretung,
- b) Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die jährlich an die Betriebsgröße (Durchschnittszahl der Mitarbeiter, Jahreslohn und Gehaltssumme) angepasst wird,
- c) ggf. die beteiligten Gesellschafter (Gesellschaftsvertrag),
- d) Eintrag in das Handelsregister,
- e) Beitritt zur zuständigen Berufsgenossenschaft.

II. **Organisatorische Anforderungen**

Der Leistungserbringer hat die nachfolgend genannten organisatorischen Voraussetzungen zu gewährleisten:

- a) Mitarbeiterdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen;
- b) eigenständiger Telefonanschluss mit Anrufbeantworter und Anrufweiterleitung;
- c) die für die Durchführung der Haushaltshilfe notwendige Mobilität;
- d) Einsatzplan.