

Vertrag

**gemäß §§ 132 und 132 a Abs. 2 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher
Krankenpflege sowie zur Erbringung von Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO
(Häusliche Pflege bzw. Haushaltshilfe)**

zwischen

**XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX**

und

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,

den Ersatzkassen:

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vertreten durch die Leiterin der vdek - Landesvertretung Berlin/Brandenburg

BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

IKK Brandenburg und Berlin

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband nach § 36 KVLG 1989

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der genannten Krankenkassen mit Häuslicher Krankenpflege, Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe durch

XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX

(nachfolgend Pflegedienst genannt)

regelt dieser Vertrag in Kapitel:

- I. Allgemeine Grundsätze (§§ 2 bis 10),
- II. Inhalte der Häuslichen Krankenpflege und deren Abgrenzung (§§ 11 bis 14),
- III. Eignung der Leistungserbringer (§§ 15 bis 27),
- IV. Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§§ 28 und 29),
- V. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich der Prüfung (§§ 30 und 31),
- VI. Vergütung und Abrechnung der Leistungen (§§ 32 bis 34),
- VII. Vertragsverstöße (§ 35) und
- VIII. Inkrafttreten, Kündigung und Schiedsverfahren (§§ 36 und 37).

Kapitel I

- Allgemeine Grundsätze -

§ 2

Ziel der Häuslichen Krankenpflege

- (1) Die Krankenkassen und die Pflegedienste haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte in dem Umfang, in dem sie oder eine im Haushalt lebende Person die Leistungen selbst nicht durchführen können.
- (2) Der Pflegedienst erbringt Häusliche Krankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung
 - zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder
 - zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, soweit der Versicherte die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (3) Ziel der Häuslichen Krankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben in seinem Häuslichen Bereich oder die möglichst frühzeitige Rückkehr dorthin zu erlauben sowie die ambulante, ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ziel zu sichern. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern.
- (4) Durch Kooperation aller am Pflegeprozess Beteiligten ist auf eine effiziente Leistungserbringung hinzuwirken.
- (5) Der Pflegedienst hat auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt ausschließlich für den in § 1 genannten Pflegedienst mit Betriebssitz im Land Brandenburg. Für räumlich getrennte Filialen, Außenstellen und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus Häusliche Pflege organisiert und erbracht wird, ist ein besonderer Vertrag erforderlich.
- (2) Mit diesem Vertrag ist keine Inanspruchnahmegarantie durch die Krankenkassen oder durch die Versicherten verbunden.

§ 4 Versorgungsauftrag

Der Pflegedienst stellt die Versorgung mit den Leistungen nach diesem Vertrag im Rahmen seiner Kapazitäten sicher.

§ 5 Leistungsgrundlagen für Häusliche Krankenpflege

- (1) Art, Umfang, Inhalt und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Verordnung des behandelnden Vertragsarztes. Auf dieser Grundlage wird der Pflegedienst tätig. Jegliche Änderungen oder Ergänzungen der Verordnung obliegen ausschließlich dem behandelnden Vertragsarzt und bedürfen einer erneuten Bestätigung mit Arztunterschrift, Stempel und Datum.
- (2) a) Die vertragsärztliche Verordnung über Häusliche Krankenpflege beinhaltet den Antrag des Versicherten. Vor Einreichen des Antrags bei der zuständigen Krankenkasse haben der Versicherte bzw. seine Angehörigen/Betreuer und der Pflegedienst die Rückseite der Verordnung auszufüllen und zu unterschreiben. Die unverzügliche Antragstellung obliegt dem Versicherten und kann für ihn vom Pflegedienst erledigt werden.

b) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege oder deren Verlängerung ist grundsätzlich vor dem Tätigwerden des Pflegedienstes der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes, vorzulegen (für AOK-Versicherte dem zuständigen AOK-Pflege-Center und für Versicherte der weiteren an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen jeweils der zuständigen Geschäftsstelle; sofern der Antrag durch den Pflegedienst einer unzuständigen Geschäftsstelle zugeleitet wurde, gilt für den internen Postweg ein Tag). Dem Verlängerungsantrag ist grundsätzlich der Pflegekurzbericht (Anlage 3) für den vorangegangenen Bewilligungszeitraum beizufügen; ausgenommen hiervon sind Dauer-Verordnungen.

c) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die vollständig ausgefüllte Verordnung am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der unter Buchstabe b) genannten Stelle der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenübernahme). Ggf. kann die Verordnung vorab per Telefax (Empfangsbereitschaft wird seitens der Krankenkassen jederzeit sichergestellt) vollständig übersandt werden (Original ist dann unverzüglich nachzureichen). Ist in begründeten Ausnahmefällen, die nicht vom Pflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht.
- (3) Über Art, Inhalt, Umfang und Dauer der Leistungen entscheidet die jeweils zuständige Krankenkasse grundsätzlich innerhalb einer Woche. Wird von der Krankenkasse eine Ablehnung der vertragsärztlich verordneten Leistung für erforderlich gehalten oder genehmigt sie Leistungen nicht im vollen vertragsärztlich verordneten Umfang, wird diese Entscheidung dem Versicherten schriftlich bekanntgegeben. Pflegedienst und Vertragsarzt werden über die Entscheidung der Krankenkasse zeitgleich schriftlich informiert.

(4) Eine vorläufige Kostenübernahme gilt nicht, wenn

- für den Pflegedienst offensichtlich erkennbar die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist,
- Leistungen verordnet wurden, die nicht im Verzeichnis (Anlage) der Richtlinien nach § 92 Abs. 7 SGB V enthalten sind oder
- Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung verordnet wurden, es sei denn, die Satzung der Krankenkasse sieht solche Leistungen vor.

§ 6

Zusammenarbeit mit den an der Versorgung Beteiligten

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt der Pflegedienst mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr ausreichend oder erforderlich (Ergebnisqualität), informiert der Pflegedienst unverzüglich den behandelnden Vertragsarzt.
- (3) Der Pflegedienst ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen.
- (4) Der Pflegedienst stellt auf ärztliche Anforderung sicher, dass die notwendigen krankpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden.
- (5) Der Pflegedienst berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der Häuslichen Krankenpflege den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen, sofern er dem Pflegedienst vorliegt.

§ 7

Wahl des Pflegedienstes

Der Versicherte ist in der Wahl des Pflegedienstes frei. Wählt er einen Pflegedienst, für den die Leistungserbringung unwirtschaftlich ist, weil sie über den sonst üblichen territorialen Versorgungsbereich des Pflegedienstes hinaus geht, können hierdurch entstehende Mehrkosten nicht gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden. Über die Höhe der Mehrkosten hat der Pflegedienst den Versicherten vorab schriftlich zu informieren.

§ 8 Datenschutz

- (1) Der Pflegedienst und die Krankenkassen verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten - SGB X, Zweites Kapitel) sicherzustellen. Hinsichtlich der Person des Versicherten und seines Umfeldes unterliegen die Vertragspartner der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse, dem Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Die Vertragspartner haben ihre MitarbeiterInnen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
- (2) Die Vertragspartner sowie die dort Beschäftigten sind verpflichtet, die Bestimmungen des Datenschutzes auch über das Ende des Vertrags-/Beschäftigungsverhältnisses hinaus zu beachten, insbesondere die ihm/ihnen im Rahmen der Durchführung seiner/ihrer Aufgaben bekannt werdenden personenbezogenen Daten geheimzuhalten. Entsprechende schriftliche Erklärungen hat der Träger von den Beschäftigten abzuverlangen.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85 a SGB X bleiben unberührt.

§ 9 Werbung

Es ist unzulässig, in Krankenhäusern, bei Vertragsärzten oder Kassenmitgliedern durch Anschreiben, Besuche oder in irgendeiner anderen Weise mit der Leistungspflicht der Krankenkasse zu werben.

§ 10 Sicherstellungsverpflichtung

Der Pflegedienst ist verpflichtet, vor Einstellung seiner Pflegetätigkeit die vertragsschließenden Krankenkassen hierüber rechtzeitig schriftlich zu unterrichten. Die Patienten sind der jeweiligen Krankenkasse zu benennen, die wegen Fortführung der Pflege von anderen Pflegediensten versorgt werden müssen. Die Wahlfreiheit der Patienten bleibt unberührt.

Kapitel II

- Inhalte der Häuslichen Krankenpflege und deren Abgrenzung -

§ 11

Inhalte der Häuslichen Krankenpflege

- (1) Zur Vermeidung oder zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, umfasst die Häusliche Krankenpflege die im Einzelfall notwendige Behandlungs- und Grundpflege einschließlich der dazugehörigen Prophylaxen sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
- (2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erbringt der Pflegedienst als Häusliche Krankenpflege Behandlungspflege einschließlich der dazugehörigen Prophylaxen mit dem Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden.
- (3) a) Inhalte und Abgrenzung der Leistungen ergeben sich aus dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege (Anlage der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung). Diese sind gleichermaßen Bestandteil der Vergütungsvereinbarung (Anlage 5, wird von den Krankenkassen jeweils bei Änderungen ausgetauscht). Der Pflegedienst verpflichtet sich, die einzelnen Leistungen entsprechend den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu erbringen.

b) Die Vertragspartner treten wegen der in den Richtlinien nach § 92 Abs. 7 SGB V verankerten pflegerischen Prophylaxen in Gespräche über Art und Umfang zu ergänzenden Verfahrens- und/oder Vergütungsregelungen ein, nachdem die Verhandlungen der Spitzenverbände zur Rahmenempfehlung gemäß § 132 a Abs. 1 SGB V erfolgreich beendet sind.
- (4) Alle Leistungen der Häuslichen Krankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die regelmäßig zu aktualisierende Pflegeplanung und einsatzbezogene Pflegedokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege sowie die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten.
- (5) Die Leistungen werden entsprechend den Möglichkeiten und Fähigkeiten des Versicherten
 - als Anleitung oder als Beaufsichtigung bzw. Mithilfe mit dem Ziel der Selbstvornahme durch den Versicherten oder eine im Haushalt lebende Person oder
 - durch völlige Übernahme durch die Pflegefachkraft/Pflegekraft erbracht.

§ 12 Behandlungspflege

- (1) Behandlungspflegerische Leistungen des Pflegedienstes sind diejenigen Maßnahmen, die in dem Vergütungssystem als Behandlungspflegen 0 - V bezeichnet sind. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die auf der Grundlage einer medizinischen Indikation im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes verordnet werden.
- (2) Die Behandlungspflege 0 kann durch Mitarbeiter, die die Anforderungen nach § 23 erfüllen, ausgeführt werden, wenn dies nach dem Ermessen der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Verantwortungshoheit angezeigt scheint.
- (3) Die Behandlungspflege I-V dürfen ausschließlich von Pflegefachkräften nach §§ 20 bis 22 ausgeführt werden. Mitarbeiter, die nicht über eine abgeschlossene Ausbildung der im § 22 abschließend genannten Berufsgruppen verfügen, sind nicht zur Ausführung der Behandlungspflegen I-V berechtigt. Dies gilt auch dann, wenn von ihnen im Laufe der Berufstätigkeit Zusatzqualifikationen erworben wurden.

§ 13 Grundpflege

Grundpflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen diejenigen Maßnahmen, die in der Vergütungsvereinbarung als Grundpflege/Häusliche Pflege gekennzeichnet sind. Es handelt sich hierbei um Grundverrichtungen des täglichen Lebens, die aufgrund ärztlicher Verordnung dann erbracht werden, wenn der Versicherte Verrichtungen des täglichen Lebens krankheitsbedingt nicht selbst durchführen kann.

§ 14 Hauswirtschaftliche Versorgung

- (1) Hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen des Pflegedienstes umfassen diejenigen Maßnahmen, die in der Vergütungsvereinbarung als Hauswirtschaftliche Versorgung/Haushaltshilfe gekennzeichnet sind. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind, um in diesem Haushalt die Häusliche Krankenpflege durchführen zu können. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist ausschließlich auf die Versorgung des Versicherten gerichtet.
- (2) Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und §§ 198 und 199 RVO beinhaltet neben den in Absatz 1 genannten Leistungen auch die erforderliche Kinderbetreuung.
- (3) Die Grundreinigung der Wohnung (z. B. Fenster putzen, Gardinen waschen) und Leistungen aus Verpflichtungen des Mietvertrages sind keine Bestandteile der Leistungspflicht.

Kapitel III
- Eignung der Leistungserbringer -

§ 15

Allgemeine Anforderungen und Zugangsvoraussetzungen

- (1) Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen nach diesem Vertrag für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.
- (2) Die Erbringung von Leistungen für Versicherte, deren Versorgung der Pflegedienst übernommen hat, muss Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen gewährleistet sein.
- (3) Der Pflegedienst darf die notwendige Leistungserbringung nicht wegen des Pflegeumfanges und der Art oder Schwere der Erkrankung ablehnen. Kapazitätsüberschreitungen des Pflegedienstes sowie weitere Ausnahmen sind im Rahmen der Einzelfallentscheidung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der zuständigen Krankenkasse zu treffen.
- (4) Die Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag ist nur durch arbeitsvertraglich angestellte Mitarbeiter zulässig. Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte sind diesen gleichgestellt.
- (5) Zur Durchführung einer qualifizierten, vertragsgerechten ambulanten Versorgung der Versicherten hat der Pflegedienst die Anforderungen an die Struktur- (§§ 16 bis 23), Prozess- (§§ 24 bis 26) und Ergebnisqualität (§ 27) zu erfüllen.

§ 16 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Pflegedienst ist eine Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung und fachlichen Leitung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie mit Leistungen nach diesem Vertrag selbst sicherstellt. Dies schließt eine Kooperation im Rahmen der Leistungserbringung nicht aus. Für den Pflegedienst ist eine Einnahmen- und Ausgabenrechnung zu führen, die den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung entspricht. Als Mindestanforderung gelten die in § 259 Abs. 1 BGB aufgeführten Rechenschaftspflichten entsprechend.
- (2) Der Pflegedienst gewährleistet eine größtmögliche personelle Kontinuität bei der Versorgung der Versicherten. Der Anteil der Leistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, darf 20 v. H. nicht übersteigen.
- (3) Die telefonische Erreichbarkeit für Versicherte, deren Versorgung der Pflegedienst übernommen hat, muss Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen gewährleistet sein.
- (4) Der Pflegedienst muss montags bis freitags in der Zeit von 8.00 bis 16.00 Uhr unter der im Datenerhebungsbogen bekannt gegebenen Telefonnummer erreichbar sein. Der Pflegedienst soll in Abhängigkeit von seiner Betriebsgröße für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen eine Büropräsenz nach eigenem Ermessen unter Beachtung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit und des erforderlichen Zeitrahmens sicherstellen.
- (5) Der Pflegedienst muss über eigene Geschäftsräume mit zweckmäßiger Büroausstattung verfügen.
- (6) Der Pflegedienst hat den vertragschließenden Krankenkassen vor Vertragsschluss verbindlich folgende Nachweise in 5-facher Ausfertigung einzureichen:
 - a) Datenerhebungsbogen gemäß Anlage 1 zu diesem Vertrag,
 - b) Nachweis der Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit beim Gesundheitsamt,
 - c) Nachweis der Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
 - d) Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird, sowie ggf. einer Datenschutzversicherung,
 - e) Angaben zur Rechtsform des Trägers des Pflegedienstes (Auszug aus dem Handels-/ Vereinsregister),
 - f) beglaubigte Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie den Geschäftsführer bzw. Gesellschafter-Geschäftsführer oder den/die InhaberIn des Pflegedienstes,
 - g) beglaubigte Kopien des Qualifikations- und Weiterbildungsnachweises der verantwortlichen Pflegefachkraft (§ 20), des Qualifikationsnachweises der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft (§ 21) sowie des weiteren Personals nach § 19,

- h) Nachweis der mindestens zweijährigen berufspraktischen Tätigkeit der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie deren Stellvertretung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Beginn der Übernahme dieser Funktion und
- i) Institutionskennzeichen des Pflegedienstes.

Änderungen sind innerhalb von einer Woche bei den Krankenkassen anzuzeigen. Bei Änderungen des Betriebssitzes, der Gesellschaftsform oder der Geschäftsführung sind mindestens die Nachweise a). bis f)., bei Änderungen der verantwortlichen und/oder stellvertretenden Pflegefachkraft sowie des weiteren Personals nach § 19 die Nachweise a) und f) bis h) einzureichen.

- (7) Der Pflegedienst hält eine fortlaufende Liste (Kürzelliste) über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation, Handzeichen und Beschäftigungszeitraum vor.
- (8) Der Träger des Pflegedienstes hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der MitarbeiterInnen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatz-/Tourenpläne zu erstellen. Diese Unterlagen sind mindestens drei Jahre nach Beendigung der Beschäftigung aufzubewahren.
- (9) Der Datenerhebungsbogen (Anlage1) und die aktuelle Kürzelliste sind den vertrags-schließenden Krankenkassen jeweils zum 01.01. des Jahres, spätestens jedoch bis zum 31.01. des Jahres, einzureichen.
- (10) Auf Wunsch der Krankenkasse ist dieser Einsicht - auch durch Übersendung auf Anforderung - in die Unterlagen nach Abs. 7 und 8 zu gewähren (bei Arbeitsverträgen die Angaben Name, Qualifikation, Stellung im Pflegedienst, wöchentliche Arbeitszeit, Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses).

§ 17

Grundausstattung (Pflegematerialien und -hilfsmittel)

- (1) Alle in der Häuslichen Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.
- (2) Der Pflegedienst hält für die Pflege folgende Hilfsmittel sowie medizinische Apparaturen bereit:
 - a) als Grundausstattung der Pflegekräfte bzw. im Pflegedienst
 - Pflegekoffer/Bereitschaftstasche, Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Scheren, Desinfektionsmaterialien, Händedesinfektionsmittel, Einmalhandschuhe,
 - Blutzuckermessgerät,
 - Steckbecken, Urinflasche mit Halter,
 - b) zur Versorgung nur bei Erstbesuchen und in Notfällen
 - Darmrohr, Irrigator mit Zubehör und Klyisma,
 - Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
 - Krankenunterlagen, Windeln und Zellstoff,
 - Urinbeutel,
 - Kochsalzlösung in den üblichen Konzentrationen und destilliertes Wasser,
 - Infusionsständer.

(3) Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 32 und 33 SGB V bleiben unberührt.

§ 18

Fachliche Anforderungen und Fortbildung

- (1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass die vom Pflegedienst angebotenen Leistungen unter ständiger Verantwortung und fachlichen Leitung der verantwortlichen Pflegefachkraft nach § 20 erbracht werden.
- (2) Zur fachlichen Leitung der verantwortlichen Pflegefachkraft gehören:
 - die Planung der Pflegeprozesse,
 - die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Pflegekräfte,
 - die Anleitung und Kontrolle zur fachgerechten Führung der Pflegedokumentation,
 - die Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.
- (3) Die Annahme und Ausführung ärztlich verordneter Maßnahmen ist nur gestattet, wenn die Erbringung jeder einzelnen verordneten Leistung personell und fachlich gewährleistet ist, vgl. §§ 12 bis 14.
- (4)
 - a) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz aller Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach den §§ 12 bis 14 dieses Vertrages erbringen, durch berufsbezogene Fortbildung sicherzustellen, zu dokumentieren und diese auf Anforderung der Krankenkasse nachzuweisen. Die Dokumentation der Fortbildung muss Art, Umfang, Inhalt und namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter ausweisen.
 - b) Die Fortbildung eines jeden voll- oder teilzeitbeschäftigten Mitarbeiters umfasst mindestens 15 Stunden pro Kalenderjahr. Die Fortbildung eines jeden geringfügig beschäftigten Mitarbeiters (§ 8 SGB IV) umfasst mindestens 6 Stunden pro Kalenderjahr. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Fortbildung sollen insbesondere sein:
 - Pflegedokumentation,
 - Pflegekonzept/-leitbild,
 - Pflegeprozess, einschl. Anwendung von Pflegestandards,
 - Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“,
 - weitere pflegfachliche Themen (z. B. krankheitsbezogene Ernährung und Flüssigkeitsversorgung)
 - c) Fortbildungen sind in einem angemessenen Verhältnis zwischen internen Maßnahmen (z. B. Qualitätszirkel, Fallbesprechungen) und/oder Teilnahme an externen Angeboten (z. B. trägerübergreifende Qualitätszirkel, Seminare, In-House-Angebote) zu absolvieren.
 - d) Für Verträge, die in einem laufenden Kalenderjahr beginnen bzw. enden oder für Mitarbeiter, die dem Unternehmen nicht ganzjährig zur Verfügung stehen oder standen, ist die Fortbildung anteilig durchzuführen.
 - e) Der Nachweis der durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen erfolgt durch stichtagsbezogene Meldung (zum 31.12. eines Jahres) einmal jährlich bis zum 31.01. des Folgejahres auf dem Datenerhebungsbogen (Anlage 1). Wird die Fortbildung nicht vollumfänglich durchgeführt, erfolgt eine Kürzung der vereinbarten Vergütung der Leis-

tungen in Höhe von fünf Prozent ab dem Zeitpunkt der Vertragsverletzung (auch rückwirkend). Innerhalb einer Frist von drei Monaten ist die fehlende Fortbildung vollumfänglich durchzuführen und nachzuweisen, anderenfalls wird das Vertragsverhältnis entsprechend § 36 außerordentlich gekündigt. Die Kürzung der Vergütung endet mit Ablauf des Monats, in dem der Nachweis über die Fortbildung beigebracht wurde.

- f) Das Nachholen der Fortbildungsmaßnahmen ist nicht anrechnungsfähig auf die kalenderjährliche Durchführungsverpflichtung pro Mitarbeiter.

§ 19 Personalmindestvorhaltung

- (1) Der Pflegedienst hält für die Erfüllung seiner Aufgaben mindestens folgendes Personal vor:

- eine verantwortliche Pflegefachkraft gemäß § 20,
- eine stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft gemäß § 21 und
- eine Pflegefachkraft gemäß § 22.

Die arbeitsvertraglich geregelte wöchentliche Mindestarbeitszeit der Pflegefachkräfte ist entsprechend drei Vollbeschäftigten analog der jeweils gültigen Arbeitszeitregelung des öffentlichen Dienstes zu gewährleisten.

- (2) Änderungen und die Unterschreitung der Personalmindestvorhaltung sind den vertragsschließenden Krankenkassen vor Eintritt, spätestens innerhalb einer Woche danach, anzuzeigen.

§ 20 Verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Der Einsatz und Verantwortungsbereich der verantwortlichen Pflegefachkraft beschränkt sich auf den durch diesen Vertrag bzw. durch den mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassenen Pflegedienst. Die im Datenerhebungsbogen benannte verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in Pflegeeinrichtungen nach §§ 41 bis 43 SGB XI einsetzbar.

- (2) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“, „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“, „Kinderkrankenschwester“ oder „Kinderkrankenpfleger“ oder „AltenpflegerIn“ (für die Letzgenannten gilt: abgeschlossene Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz vom 01.08.2003 oder erfolgreicher Abschluss nach der „Ergänzenden Qualifizierung landesrechtlich ausgebildeter AltenpflegerInnen“) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung besitzen und
- b) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre im erlernten Beruf eine praktische Tätigkeit im pflegerischen Bereich nachweisen und
- c) in dem Pflegedienst in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis mit mindestens $\frac{3}{4}$ der wöchentlichen Arbeitszeit (im Verhältnis der üblicherweise für

diese Berufsgruppen im öffentlichen Dienst vollen tarifvertraglichen Arbeitszeit) stehen (hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt) und

- d) die besondere Verantwortung in ihrem Arbeitsvertrag festgehalten haben und im angemessenen Verhältnis zu ihrer Regelarbeitszeit wahrnehmen und
 - e) den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestzahl von 460 Stunden nachweisen oder eine abgeschlossene Ausbildung im Rahmen eines Studienganges Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität erworben haben.
- (3) Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses der verantwortlichen Pflegefachkraft muss der Träger die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft im Sinne des Abs. 2 Buchstaben a – e innerhalb einer Frist von drei Monaten neu besetzen. Kann der Pflegedienst mit Ablauf dieser Frist nur eine verantwortliche Pflegefachkraft ohne die Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen (Abs. 2 Buchstabe e) nachweisen, erfolgt eine Kürzung der vereinbarten Vergütung der Leistungen für den Zeitraum des Wegfalls der Voraussetzungen nach Abs. 2 Buchstabe e ab dem vierten Monat in Höhe von fünf Prozent. Zusätzlich ist die fehlende Weiterbildung innerhalb einer Frist von maximal 24 Monaten vollumfänglich durchzuführen und nachzuweisen, ansonsten wird das Vertragsverhältnis entsprechend § 36 außerordentlich gekündigt.

§ 21

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub oder Kündigung) die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist. Die Vertretungsregelung darf einen Zeitraum von längstens drei Monaten nicht überschreiten. Nur im Ausnahmefall kann auf Antrag des Trägers mit Zustimmung der vertragsschließenden Krankenkassen hiervon abgewichen werden.
- (2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gemäß § 20 Abs. 2 Buchstaben a) bis d) zu erfüllen.

§ 22

Pflegefachkräfte

Der Pflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens eine sozialversicherungspflichtige Pflegefachkraft („Gesundheits- und KrankenpflegerIn“, Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger) zu beschäftigen. Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im Pflegedienst mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.

§ 23

Pflegekräfte und sonstiges geeignetes Personal

Der Pflegedienst kann für die Leistungen der Behandlungspflege 0, der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung geeignete Personal des Pflegedienstes einsetzen, das unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft tätig wird.

- Prozessqualität -

§ 24 Pflegeprozess

- (1) Die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sind in den Pflegeprozess einzubeziehen. Die Leistungen sind als aktivierende Pflege zu erbringen. Dabei sind der Versicherte und seine Angehörigen zu beteiligen sowie durch Beratung, Anleitung und Information in einzelne - von ihnen durchzuführende - pflegerische Tätigkeiten einzuführen. Auf Wunsch des Versicherten kann auch eine andere Bezugsperson an dem Pflegeprozess beteiligt werden.
- (2) Der Pflegedienst verpflichtet sich, seine Behandlungs- und Pflegezeiten entsprechend den Erfordernissen einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung festzusetzen.
- (3) Ist nach Auffassung des Pflegedienstes der Versicherte erheblich pflegebedürftig, hat aber noch keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, weist der Pflegedienst auf die erforderliche Antragstellung hin. Gleiches gilt auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln.

§ 25 Pflegedokumentation

- (1) Der Pflegedienst hat auf der Grundlage der "Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe der Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI" in der jeweils geltenden Fassung ein geeignetes, dem aktuellen Stand entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das die
 - Stammdaten des Versicherten,
 - Pflegeanamnese,
 - Pflegeplanung,
 - Pflegebericht,
 - Angaben über eingesetzte Pflege-/Hilfsmittel,
 - Angaben über Beginn und Ende der Leistungserbringung sowie die erbrachten Leistungen (Leistungsnachweis)

enthält und die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation des Verlaufs und Standes des Pflegeprozesses ermöglicht. Alle Eintragungen sind einsatzbezogen, nachvollziehbar und eindeutig vorzunehmen und mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist, von begründeten Ausnahmefällen abgesehen, beim Versicherten aufzubewahren. Sofern in der Pflegedokumentation die Dokumentation der Vitalzeichen sowie anderer Parameter nicht vorgesehen ist, sind geeignete Verlaufsprotokolle vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen.

- (2) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zugänglich zu machen. Soweit der Versicherte

willigt hat (§ 67 b Abs. 1 SGB X), ist der Krankenkasse die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation vor Ort zu ermöglichen.

- (3) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 26 Leistungsnachweis

- (1) Der Pflegedienst hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in dem Leistungsnachweis (Anlage 2) aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:

- Name des Versicherten,
- Krankenversicherungsnummer,
- Bundeseinheitliches Institutionskennzeichen des Pflegedienstes,
- Art und Menge der Leistung,
- Tagesdatum und -zeit (früh, mittags, abends, nachts) der Leistungserbringung.

Es können auch andere Formulare verwendet werden als in der Anlage vorgegeben, wenn sie vergleichbar mit diesem sind und alle Inhalte und Kriterien des § 26 erfüllen.

- (2) Alle vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen sind im Leistungsnachweis täglich von den ausführenden Mitarbeitern durch Handzeichen, entsprechend der hinterlegten Kürzelleiste, einzutragen, durch den Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten oder bestellten Betreuer am Ende des Monats und/oder der Leistungserbringung unterschriftlich zu bestätigen, wobei bei Betreuungen im begründeten Einzelfall gesonderte Regelungen getroffen werden können. Der Pflegedienst zeichnet den Leistungsnachweis gleichermaßen gegen.
- (3) Der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis stellt die Grundlage für die monatliche Abrechnung dar (vgl. § 33).

- Ergebnisqualität -

§ 27 Ergebnisqualität

Das Ergebnis des Pflegeprozesses im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege ist anhand des ärztlich definierten Behandlungs- und Pflegeziels regelmäßig zu überprüfen. Dabei sind auch das soziale und räumliche Umfeld, in dem die Pflege stattfindet, sowie die Leistungen der anderen an der Pflege Beteiligten zu berücksichtigen. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Kapitel IV

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung -

§ 28

Qualitätssicherung

- (1) Die in den "Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege" in der jeweils gültigen Fassung definierten Kriterien sind, soweit durch diesen Vertrag nicht anders geregelt, Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Die Durchführung von geeigneten Maßnahmen der Qualitätssicherung ist durch den Pflegedienst zu dokumentieren und auf Verlangen der Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorzulegen.
- (3) Zur internen Qualitätssicherung hat der Pflegedienst folgende Maßnahmen durchzuführen bzw. Unterlagen vorzuhalten und deren Inhalte umzusetzen:
 - Pflegeleitbild und Pflegekonzept,
 - Pflegestandards,
 - Dienstpläne sowie Einsatz-/Tourenpläne,
 - regelmäßige Dienstbesprechungen,
 - jährlicher Fortbildungsplan,
 - Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter,
 - Pflegevisiten im Ermessen des Pflegedienstes in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und des Betreuungszeitraumes,
 - regelmäßige Fallbesprechungen,
 - Nachweis der Teilnahme an berufsbezogenen Fortbildungsveranstaltungen,
 - Fachliteratur.Die Aufbewahrungsfrist dieser Unterlagen beträgt drei Jahre.
- (4) Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfungen.

§ 29

Verfahren zur Durchführung von externen Qualitätsprüfungen

- (1) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der Häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen. Für das Verfahren gelten, soweit durch diesen Vertrag nicht anders geregelt, §§ 112 ff. SGB XI sowie die "Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege" entsprechend.
- (2) Grundlage der Prüfung sind insbesondere
 - a) die Pflegedokumentation nach § 25,
 - b) die Personaleinsatzpläne nach § 28 Abs. 3,
 - c) die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals,
 - d) Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. § 18 Abs. 4 und § 28).

Kapitel V

- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich der Prüfung -

§ 30 Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen der Pflegedienste sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich im Sinne der Anforderungen dieses Vertrages zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und die Pflegedienste nicht zu Lasten der Krankenkasse erbringen; eine orts- und bürgernahe Versorgung soll gewährleistet werden.

§ 31 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Pflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Grund ist dem Pflegedienst mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkasse bestellt einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse den Sachverständigen alleine bestellen.
- (3) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes bzw. dem Vorstand, dem der Träger des Pflegedienstes angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 2 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von der Krankenkasse zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand, der Prüfungszeitraum und der Termin für die Erstellung des Prüfberichts zu konkretisieren.
- (4) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.
- (5) Der Pflegedienst benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Auskünfte erteilen und Unterlagen vorlegen. Hierzu gehören insbesondere Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise, Personaleinsatzpläne gemäß § 28 Abs. 3, Abrechnungen von Pflegeleistungen der Leistungsträger und die Mitarbeiterdokumentation gemäß § 16 Abs. 8. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Pflegedienst abzusprechen.
- (6) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen.
- (7) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.
- (8) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfbericht zu erstellen. Dieser beinhaltet den Prüfungsauftrag, die Vorgehensweise bei der Prüfung, die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände, die Gesamtbeurteilung, ggf. eine Empfehlung zur Umsetzung

der Prüfungsfestlegung.

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

(10) Der Träger des Pflegedienstes ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.

Kapitel VI

- Vergütung und Abrechnung der Leistungen -

§ 32

Vergütung

- (1) Die Vergütung der Vertragsleistungen richtet sich – vorbehaltlich Abs. 5 – nach der beigefügten Vergütungsvereinbarung (Anlage 5).
- (2) Vergütet werden von der zuständigen Krankenkasse bewilligte Leistungen und die im Rahmen der vorläufigen Kostenübernahme (§ 5 Abs. 3) erbrachten Leistungen.
- (3) Mit der vereinbarten Vergütung sind sämtliche im Zusammenhang mit der Leistungserbringung erforderlichen Aufwendungen (Vor- und Nachbereitungs- sowie Fahrzeiten) abgegolten.
- (4) Zuzahlungen zu den vertraglich vereinbarten Leistungen dürfen durch den Pflegedienst vom Versicherten weder gefordert noch angenommen werden.
- (5) Sofern Tatbestände i. S. des § 18 und/oder § 20 vorliegen, gelten die jeweils darin benannten Abschlagsregelungen auf der Basis der Vergütungsvereinbarung (Abs. 1). Bei Vorliegen mehrerer Tatbestände erfolgt der Vergütungsabzug vom jeweils verbleibenden Vergütungssatz.

§ 33

Abrechnungsverfahren

- (1) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Pflegedienst grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Die vertragsärztlichen Verordnungen - in Ausnahmefällen Kopien derselben - und die Leistungsnachweise im Original (Anlage 2) sind - unbeschadet des Absatzes 7 - beizufügen. Sobald die technischen Voraussetzungen es zulassen, genügt bei Dauerverordnungen das einmalige Hinzufügen der Originalverordnung mit der jeweiligen Erstabrechnung der Leistungen. Über den Zeitpunkt werden die Krankenkassen den Träger des Pflegedienstes informieren.
- (2) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet,
 - in den Abrechnungsunterlagen die von ihm erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tagesdatums und der Tageszeit (früh, mittags, abends, nachts) der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
 - in den Abrechnungen sein bundeseinheitliches Kennzeichen (IK) einzutragen sowie
 - die KV-Nummer des Versicherten anzugeben.
- (3) Der Träger des Pflegedienstes ist für die Abrechnung verantwortlich, auch wenn er eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle beauftragt. Die Angabe des IK des Pflegedienstes ist auch hierbei zwingend erforderlich.
- (4) Zahlungen an eine durch den Träger des Pflegedienstes ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der zuständigen Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung nach Anlage 4 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Trägers des Pflegedienstes vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Träger des Pflegedienstes mit einem Rechtsmangel behaftet sind.
- (5) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger des Pflegedienstes können – nachdem die Frist zur Begleichung fruchtlos verstrichen ist - gegenüber demselben oder der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle unter Angabe von Art, Höhe und Grund aufgerechnet werden.
- (6) Rechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, können von der Krankenkasse zur Berichtigung zurückgegeben werden.
- (7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V.

§ 34

Zahlungsfrist, Beanstandungen, Verjährung

- (1) Die Krankenkassen begleichen die Rechnungen grundsätzlich bargeldlos und innerhalb von drei Wochen nach Eingang. Bei Rechnungskürzungen gilt dies für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der

Überweisungsauftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird.

- (2) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Bei Unstimmigkeiten zwischen den aus den Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, den zu beanstandenden Betrag zurückzufordern oder ggf. einzubehalten.
- (3) Eindeutige Rechenfehler können von der Krankenkasse korrigiert werden.
- (4) Beanstandungen i. S. der Absätze 2 und 3 müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können innerhalb von einem Monat nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (5) Der Vergütungsanspruch des Pflegedienstes und der aus Beanstandungen nach Abs. 4 resultierende Erstattungsanspruch der Krankenkasse verjähren jeweils nach einem Jahr.

Kapitel VII

- Vertragsverstöße -

§ 35

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) In Konfliktfällen wirken die Vertragspartner gemeinsam auf eine Lösung zur Klärung der Sachverhalte hin.
- (2) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen die Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Pflegedienst anzuhören; §§ 24, 25 SGB X werden angewandt. Er hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von drei Wochen nach Zugang des Schreibens Folge zu leisten. Anderenfalls besteht für die vertragsschließenden Krankenkassen das Recht, diesen Vertrag für den betreffenden Pflegedienst mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
- (3) Bestätigt sich im Ergebnis des Anhörungsverfahrens der Vertragsverstoß, entscheiden die Krankenkassen über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht: Verlangen von Abhilfe bzw. Unterlassung, Abmahnung, ordentliche oder außerordentliche Kündigung. Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.
- (4) Bestätigt sich im Ergebnis des Anhörungsverfahrens der Vertragsverstoß nicht, erhält der Pflegedienst eine entsprechende schriftliche Bestätigung.
- (5) Sowohl der Träger des Pflegedienstes als auch die Krankenkassen sind berechtigt, den jeweiligen Trägerverband zu beteiligen.

Kapitel VIII

- Inkrafttreten, Kündigung und Schiedsverfahren -

§ 36

Außerordentliche Kündigung

- (1) Das Vertragsverhältnis kann – nach grundsätzlich durchgeführtem Anhörungsverfahren (vgl. § 35) - von den Krankenkassen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Pflegedienst seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder den Krankenkassen derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine solche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt vor bei:
- a) Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (§§ 19 bis 22) über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten,
 - b) Leistungserbringung durch dafür fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter (§ 12),
 - c) Schwerwiegenden, durch den MDK festgestellten, pflegebedingten Qualitätsmängeln, derentwegen Versicherte zu Schaden kommen können,
 - d) Wiederholt festgestellten erheblichen Mängeln im Rahmen von Qualitätsprüfungen (§ 29)
 - e) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - f) Abrechnung nicht genehmigter oder nicht dokumentierter Leistungen (z. B. im Pflegebericht) im Wiederholungsfall,
 - g) Nichterfüllung der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 18 Abs. 4 innerhalb der Nachfrist,
 - h) Forderung bzw. Annahme von vertraglich nicht zulässigen Zuzahlungen zu Vertragsleistungen (§ 32),
 - i) Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile,
 - j) Vertragsverstößen im Wiederholungsfall,
 - k) Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht nach § 35 Abs. 2,
 - l) Einschränkung der Wahlfreiheit des Versicherten (§ 7) oder
 - m) schwerem Verstoß gegen den Datenschutz (§ 8).
- (2) Ein Festhalten an diesem Vertrag ist auch dann für die Krankenkassen nicht zumutbar, wenn der Träger des Pflegedienstes die Krankenkassen durch bewusste Falschangaben oder andere Manipulationen getäuscht hat.
- (3) Die Kündigung bedarf der Schriftform unter Angabe von Gründen.

§ 37

Inkrafttreten/Kündigung/Schiedsverfahren

- (1) Dieser Vertrag tritt am **XX.XX.XXXX** in Kraft. Er kann von jeder Vertragspartei ordentlich ganz oder teilweise mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

Die beigefügte Vergütungsvereinbarung (Anlage 5) tritt am **XX.XX.XXXX** in Kraft. Sie gilt soweit und solange, bis sie von einem Schiedsspruch bzw. einem Verhandlungsergebnis ersetzt wird.

Wirken Rechtsänderungen auf die Inhalte dieses Vertrages ein, treten die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen, ohne dass es einer Kündigung des Vertrages bedarf.

- (2) a) Die Einleitung des Schiedsverfahrens setzt voraus, dass nach intensiven Verhandlungen von einem der Vertragspartner schriftlich das Scheitern der Verhandlungen erklärt wurde. Gegenstand des Verfahrens ist die Festsetzung konkreter, maßgeblicher Vertragsinhalte; hiervon ausgenommen ist die Auslegung bestehender Vertragsregelungen.
- b) Die Vertragspartner bestimmen einvernehmlich pro Verfahren eine Schiedsperson. Die Schiedsperson soll die Befähigung zum Richteramt haben. Jeder Vertragspartner hat ein Vorschlagsrecht. Kommt eine Einigung über die Schiedsperson innerhalb von acht Wochen nicht zustande, wird diese von der/den zuständigen Aufsichtsbehörde(n) der jeweiligen Krankenkasse(n) bestimmt.
- c) Die Vertragspartei, die das Scheitern erklärt hat, muss innerhalb einer Frist von einem Monat nach der Erklärung des Scheiterns einen schriftlichen, dezidiert begründeten Antrag auf Entscheidung bei der Schiedsperson stellen. Die andere Vertragspartei erhält den Antrag zeitgleich und hat innerhalb einer Frist von einem Monat nach Übermittlung Gelegenheit, die Sach- und Rechtslage aus ihrer Sicht ebenfalls schriftlich darzustellen und der Schiedsperson sowie der antragstellenden Vertragspartei zuzuleiten. Die Schiedsperson ist berechtigt, weitere Informationen von den Vertragsparteien anzufordern, sachverständige Personen zu befragen und die Vertragsparteien mündlich anzuhören.
- d) Für die Zeit vom Ablauf des bestehenden Vertrages bis zur Entscheidung der Schiedsperson über den Beginn der neuen Festsetzung gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Entscheidung der Schiedsperson ist den Vertragsparteien schriftlich begründet zur Kenntnis zu geben und wirkt wie ein Vertrag. Sie tritt nach ihrer Bekanntgabe mit Wirkung für die Zukunft in Kraft. Gegen die Entscheidung der Schiedsperson ist innerhalb eines Monats Klage vor dem Sozialgericht möglich. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.
- e) Die Schiedsperson erhält einen Ausgleich für Reisekosten, Verdienstaufschlag und sonstige Auslagen. Daneben erhält die Schiedsperson in Abhängigkeit des für die Entscheidung notwendigen Aufwandes eine Pauschale bis maximal 2000 €. Die Vertragsparteien sind jeweils zur Hälfte erstattungspflichtig.

Anlagen:

Datenerhebungsbogen
Leistungsnachweis
Pflegekurzbericht
Abtretungserklärung
Vergütungsvereinbarung

Träger des Pflegedienstes
Ort, Datum

AOK Nordost –
Die Gesundheitskasse,

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek- Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

BKK-Landesverband Mitte
Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg,

IKK Brandenburg und Berlin,

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland,

Pflegekräfte und sonstiges Personal gemäß § 23	Anzahl
Altenpflegehelfer/in	
Krankenpflegehelfer/in	
Facharbeiter für Krankenpflege	
Haus- und Familienpfleger/in	
Haus- und Familienpflegehelfer/in	
Verwaltungskräfte	
Sonstige	
.....	
Zivildienstleistende	

Welchem Verband gehört der Träger an?

Der Träger des Pflegedienstes ist im Jahr seiner Verpflichtung aus § 18 Abs. 4 des Vertrages nachgekommen und hat die fachliche Kompetenz aller Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach den §§ 12 bis 14 erbringen, durch berufsbezogene Fortbildung sichergestellt:

- Ja, mit einer Stundenzahl von ... je voll- oder teilzeitbeschäftigtem Mitarbeiter sowie mit einer Stundenzahl vonje geringfügig beschäftigtem Mitarbeiter
- Nein, weil
-
-

Das Vertragswerk wurde uns zur Kenntnis gegeben:

 Unterschrift verantwortliche Pflegefachkraft

 Unterschrift stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

 Ort, Datum

 Stempel/Unterschrift des Trägers

Anlage 3

zum Vertrag gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V sowie §§ 198, 199 RVO

Pflegekurzbericht

gemäß § 5 Absatz 3

Krankenversichertennummer: _____ Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Leistungsbeginn: _____

Pflegeziel: _____

Warum wurde das Pflegeziel bisher nicht erreicht? / Pflegeprobleme _____

Geplante Pflegemaßnahmen/Durchführungshinweise/Ressourcen: _____

Ort, Datum

Stempel des Pflegedienstes,
Unterschrift der verantwortlichen
Pflegefachkraft

Anlage 4

zum Vertrag gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V sowie §§ 198, 199 RVO

Aktenzeichen: XXXXXX/XX.X.XX

IK: _____

Abtretungserklärung

**gemäß § 33 Absätze 3 und 4 des o. g. Vertrages
(Ermächtigung einer Abrechnungsstelle)**

Der Träger des Pflegedienstes

Name _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

erklärt für den Pflegedienst

Name _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

mit Wirkung vom _____, dass die Firma

Name _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

ermächtigt wird, sämtliche vom Pflegedienst nach den Bestimmungen dieses Vertrages für Versicherte der vertragschließenden Krankenkassen erbrachten Leistungen mit schuld-
befreiender Wirkung mit den leistungspflichtigen Krankenkassen abzurechnen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Trägers