

**Rahmenvertrag gemäß
§ 132a Abs. 2 SGB V**

**für den Bereich häusliche Krankenpflege
nach § 37 SGB V**

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

zwischen

folgenden Krankenkassen:

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse –
Carl-Wery-Str. 28
81739 München

AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Landesvertretung Bayern
Arnulfstr. 201a
80634 München

BKK Landesverband Bayern
Züricher Str. 25
81476 München

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle
Friedrichstr. 19
80801 München

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern
Neumarkter Str. 35
81673 München

IKK Bayern
Meglinger Str. 7
81477 München

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Landesvertretung Bayern Arnulfstr. 201a
80634 München

AEV und VdAK handelnd namens und
im Auftrag für:

Barmer Ersatzkasse,
Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
Techniker Krankenkasse,
Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
Hamburg Münchener Krankenkasse,
HEK - Hanseatische Krankenkasse,
Gmünder ErsatzKasse - GEK,
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe

und folgenden Vereinigungen der Leistungserbringer:

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern e.V.
Edelsbergstr. 10
80686 München

Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V.
(ABVP), Landesvertretung Bayern
Schwanthalerstr. 14
80336 München

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle
Volkartstr. 83
80636 München

Bundesverband Ambulante Dienste (bad)
Landesvertretung Bayern e.V.
Austr. 23
83607 Holzkirchen

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
(bpa), Landesgeschäftsstelle Bayern
Leonrodstr. 69
80636 München

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege
(B.A.H.), Landesverband Bayern
Cicerostr. 37
10709 Berlin

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK),
Landesvertretung Bayern e.V.
Romanstr. 67
80639 München

Deutscher Caritasverband
Landesverband Bayern e.V.
Lessingstr. 1
80336 München

Der Paritätische
Landesverband Bayern e.V.
Düsseldorfer Str. 22
80804 München

Diakonisches Werk Bayern e.V.
Landesverband der Inneren Mission
Pirckheimerstr. 6
90408 Nürnberg

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

Landesverband der israelitischen Kultusgemeinden in
Bayern
Effnerstr. 68
81925 München

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung
Landesverband Bayern e.V.
Kitzinger Str. 6
91056 Erlangen

MÜNCHENSTIFT gGmbH
Severinstr. 2
81541 München

Bayerischer Städtetag
Prannerstr. 7
80333 München

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
(VDAB), Landesgruppe Bayern e.V.
Seitzstr. 17
80538 München

§ 1
Gegenstand des Vertrages

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt im Haushalt der/des Versicherten die Versorgung der Versicherten der vertragschließenden Krankenkassen nach § 132a SGB V für den örtlichen Einzugsbereich mit den Sachleistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.
- (2) Bei der Festlegung der örtlichen Einzugsbereiche für die ambulante Versorgung ist das Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt zugrunde zu legen. Dabei können kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise oder Landkreise mit anderen Landkreisen zusammengefasst werden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung anzubieten. Bei der Abgrenzung der Einzugsbereiche der Einrichtungen sollen auch die Einzugsbereiche angrenzender Bundesländer berücksichtigt werden.
- (3) Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V¹ und die Qualitätskriterien gemäß § 80 SGB XI (vgl. § 112 Abs. 3 SGB XI) in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages und somit für alle Beteiligten verbindlich. Widersprechen Regelungen aus diesem Vertrag Regelungen aus der Rahmenempfehlung gemäß § 132a SGB V, verpflichten sich die Vertragsparteien, umgehend in Gespräche zu möglichen Änderungen dieses Rahmenvertrages einzutreten.
- (4) Für räumlich getrennte selbständig wirtschaftende Filialen oder andere Stellen, von denen aus Pflege organisiert und erbracht wird, ist ein gesonderter Versorgungsvertrag mit einem gesonderten Institutionskennzeichen erforderlich. Die fachlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sind jeweils gesondert zu erfüllen.
- (5) Der Leistungserbringer pflegt, versorgt und betreut die Versicherten, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, nach ärztlicher Verordnung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.
- (6) Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Krankenkassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenversicherung – z.B. durch Verordnung von Ärzten – bewirken. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den behandelnden Arzt zu verständigen, soweit verordnete Maßnahmen nicht mehr notwendig sind.
- (7) Die Vergütung wird in einer landesweiten Vereinbarung geregelt.

¹ Zwischen den Parteien besteht Einigkeit, dass die Formulierung des § 1 Abs. 3 bezgl. der Verbindlichkeit der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V unter dem Vorbehalt des Klageziels der Verfahren vor dem LSG NRW (Az: L 11 KA 58/04 und L 11 KA 160/03) sowie dem BSG (Az: B 6 KA 69/04 R) steht.

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

- (8) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der Leistungserbringer mit dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.

§ 2

Genehmigung von häuslicher Krankenpflege, Kostenzusage

- (1) Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden von der Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ausgefüllte ärztliche Verordnung (Muster 12) vorliegt.
- (2) Wird die Verordnung innerhalb der in Nr. 23 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ genannten Frist bei der Krankenkasse eingereicht, werden die Kosten übernommen. Bei verspätetem Eingang der Verordnung (Nr. 23 der Richtlinien) werden die Kosten (nur) für die genehmigungsfähigen, medizinisch notwendigen Maßnahmen ab Verordnungsbeginn, frühestens jedoch ab Leistungsbeginn, übernommen.
- (3) Die vorläufige Kostenzusage nach Nr. 23 der Richtlinien gilt nicht
- wenn für den Leistungserbringer erkennbar eine im Haushalt lebende Person den/die Kranke(n) tatsächlich voll oder teilweise pflegt und daher die Leistung insoweit nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist
 - wenn Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung verordnet wurden, es sei denn, die Satzung der Krankenkasse sieht derartige Leistungen vor
 - wenn Leistungen zu Lasten einer unzuständigen Krankenkasse verordnet wurden; § 16 SGB I ist zu beachten
 - wenn die verordneten Leistungen nicht im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen (Anlage der Richtlinien nach § 92 SGB V) aufgeführt sind
 - für Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen des § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungs-/ verkürzungspflege).

**§ 3
Zuzahlungen**

Häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Zuzahlungen zu den genehmigten Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Verstoß im Sinne des § 7 dar.

**§ 4
Vermittlungsverbot**

- (1) Die Annahme von Pflegeaufträgen durch den Leistungserbringer und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) gilt als Verstoß gemäß § 7 und berechtigt die vertragschließenden Krankenkassen zur außerordentlichen Vertragskündigung.
- (2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung. Satz 1 gilt nicht für Kooperationsvereinbarungen sowie für die Tätigkeit freier Mitarbeiter beim Leistungserbringer in Fällen der Aushilfe bei Verhinderung angestellter Mitarbeiter. Der Versicherte ist darauf hinzuweisen.

**§ 5
Wahlfreiheit der / des Versicherten**

Die/der Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei. Eine Beeinflussung der/des Versicherten durch Mitarbeiter des Leistungserbringers in jeglicher Art ist nicht zulässig. Wählt sie/er einen Leistungserbringer außerhalb ihres/seines Wohn-/Aufenthaltsortes, kann die zuständige Krankenkasse die Übernahme der dadurch entstehenden Mehrkosten ablehnen. Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.

**§ 6
Datenschutz, Schweigepflicht**

Die Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzes und der Schweigepflicht ist sicherzustellen und zu dokumentieren.

**§ 7
Vertragsverstöße**

- (1) Bei Verstoß gegen Vertragspflichten kann die vertragschließende Krankenkasse oder der Landesverband der vertragsschließenden Krankenkasse oder die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern eine Verwarnung oder eine Abmahnung aussprechen. Dem Leistungserbringer sind die Verstöße vorher schriftlich mitzuteilen und Gelegenheit zu geben, sich innerhalb von zwei Wochen schriftlich zu äußern (§§ 24 und 25 SGB X).
- (2) Wenn der Vertragspartner seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Pflegebedürftigen oder dessen Kostenträger derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht mehr zumutbar ist, kann der Vertrag von den in Absatz 1 genannten Stellen im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens außerordentlich gekündigt werden.

Dies gilt insbesondere,

- wenn der Versicherte infolge dieser Pflichtverletzung einen Schaden erleidet
- bei Berechnung nicht erbrachter Leistungen
- bei schwerwiegenden pflegerischen Qualitätsmängeln in der Ausführung der ärztlichen Verordnung
- bei der Forderung oder Annahme von Zuzahlungen des Versicherten zu den genehmigten Vertragsleistungen
- bei Annahme von Pflegeaufträgen im Sinne des § 4 dieses Vertrages
- bei wiederholtem und schwerem Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen.

- (3) Schadensersatzansprüche bleiben davon unberührt.

**§ 8
Institutionskennzeichen**

- (1) Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für räumlich getrennte selbstständig wirtschaftende Filialen oder andere Stellen, von denen aus Pflege organisiert und erbracht wird, ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53737 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI sowie den vertragschließenden Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten Institutionskennzeichen bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich

für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontenverbindungen werden von den Krankenkassen bei den Abrechnungen nicht berücksichtigt.

§ 9

Abrechnungsregelungen

- (1) Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt in der Regel monatlich einmal und ist bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle – soweit möglich gemeinsam mit den Abrechnungen über Pflegesachleistungen - einzureichen.
- (2) Ein geeigneter Nachweis über den Umfang der erbrachten Leistungen ist vom Versicherten oder ggf. von einem Angehörigen wöchentlich durch Unterschrift zu bestätigen und der Abrechnung beizufügen.
- (3) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnung bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (4) Forderungen des Leistungserbringers gegenüber den Krankenkassen können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, maschinenlesbar
 - a) in den Abrechnungsunterlagen die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und des Beginns der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
 - b) in den Abrechnungen das bundeseinheitliche Kennzeichen gemäß § 293 SGB V (Institutionskennzeichen) einzutragen,
 - c) die Verbandszugehörigkeit anzugeben,
 - d) die Versichertennummer des Versicherten auf den Abrechnungen anzugeben.

Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen, das Bundeseinheitliche Gebührenpositionsnummernverzeichnis sowie die Einzelheiten des Datenträger austauschs sind Teil des Vertrages (vgl. § 302 SGB V). Bis das Nähere hierzu geregelt ist, erfolgt die Abrechnung in Papierform.

Die Leistungsnachweise sind im Original auch nach Einführung des Datenträger austausches weiterhin der Krankenkasse vorzulegen.

- (6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die betroffenen Rechnungen zur Prüfung und Korrektur zurückgeben, vor allem dann, wenn für die Krankenkasse vermeidbare Mehrarbeit entstehen würde. In diesen Fällen tritt das Zahlungsziel nach Abs. (3) mit Eingang der korrekten Abrechnung erneut in Kraft.

§ 10 Qualitätsmanagement

- (1) Der Leistungserbringer hat Maßnahmen des Qualitätsmanagements (intern und extern) gemäß den Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung nachvollziehbar sicherzustellen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei Qualitätsprüfungen nachzuweisen.
- (2) Unter Qualitätsmanagement ist dabei eine Art Gesamtstrategie zu verstehen, die – auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt – die Qualität der Pflege in allen ihren Ausprägungen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, diese zu verbessern und die Bedürfnisse der Versicherten, der Mitarbeiter und der Angehörigen im Rahmen der genehmigten Leistungen zu berücksichtigen.

§ 11 Qualitätsprüfungen

- (1) Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Leistungserbringers und die Qualität der Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI.
- (2) Nähere Einzelheiten zur Qualitätssicherung, zu den örtlichen Prüfungen sowie zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen sind in den §§ 112 ff. SGB XI geregelt.
- (3) Die anlässlich der Prüfung gewonnenen Daten dürfen nur im Rahmen des Prüfungszweckes und der gesetzlichen Aufgabenerfüllung verwendet werden.

§ 12 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege selbst sicherstellt. Der Leistungserbringer muss ständig erreichbar sein. Kooperationen in der Region können gebildet werden.
- (2) Der Leistungserbringer muss über eigene Geschäftsräume verfügen.

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

- (3) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, welche die Pflegekräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.
- (4) Die organisatorischen Voraussetzungen sind vor Vertragsschluss im gemeinsamen Strukturhebungsbogen gemäß § 75 SGB XI und gemäß § 132a SGB V (Anlage 1) nachzuweisen.
- (5) Änderungen sind der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern unverzüglich bekannt zu geben, soweit sich in den im Strukturhebungsbogen gemachten Angaben zu den „Allgemeinen Angaben“ (Buchstabe A), „Verantwortliche Pflegefachkräfte des Pflegedienstes“ (Buchstabe B), „Leistungen“ (Buchstabe D) oder bei den „Weiteren Pflegeeinrichtungen“ (Buchstabe F) Änderungen ergeben. Der „Personalbogen“ (Buchstabe C) enthält die personelle Besetzung in der Pflege (Auszubildende nur, soweit sie einen Ausbildungsvertrag mit dem Pflegedienst haben) sowie einen ggf. auszufüllenden Vordruck „Sonstige personelle Besetzung“. Die Bögen „Öffentliche Förderung der Betriebskosten“ und „Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen“ (Buchstaben G und H) sind ebenso wie der „Personalbogen“ (Buchstabe C) nur bei Zulassung des Pflegedienstes, ferner anlassbezogen (Veränderung der Mindestpersonalzahl) sowie alle zwei Jahre – nach Anforderung - einzureichen.
- (6) Der Leistungserbringer hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor.
- (7) Der Leistungserbringer/Träger hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter/-innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

§ 13

Betriebseinrichtung

- (1) Der Leistungserbringer hat
 - a) eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
 - b) eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, für die Versorgung insbesondere folgende Sachmittel vorzuhalten:
 - Pflegekoffer/Bereitschaftstasche,
 - Blutdruckmessgerät,
 - Fieberthermometer,
 - unsterile Pinzetten,
 - Schere,
 - Desinfektionsmittel,
 - Einmalhandschuhe,
 - Blutzuckermessgerät incl. Teststreifen und Lanzetten

für Erste-Hilfe-Maßnahmen Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

sowie Krankenunterlagen, Inkontinenzartikel und Zellstoff.

- (3) Alle in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.
- (4) Mittel zum Schutz der Pflegekräfte sind betrieblicher Sachaufwand und als solcher mit der Vergütung abgegolten. Diese Betriebsmittel sind nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.
- (5) Die Leistungsansprüche des Versicherten nach § 31 SGB V Heilmittel und § 33 SGB V Hilfsmittel bleiben unberührt.

§ 14

Fachliche Anforderungen

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 15 erbracht werden.
- (2) Diese ist u. a. verantwortlich für
 - a) die fachliche Planung der Pflegeprozesse (§ 19),
 - b) die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Personaleinsatzplanung,
 - c) die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation (§ 19),
 - d) die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden. Dieses ist entsprechend seiner fachlichen Qualifikation einzusetzen. Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der Anleitung der Pflegefachkraft tätig.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Vertragsleistungen entsprechend den Bedürfnissen nach einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und angemessenen Versorgung anzubieten und die Erreichbarkeit seiner Dienste nach Erfordernis des Versicherten Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten. Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.
- (5) Der Leistungserbringer hat eine leistungsfähige, gleich qualifizierte Vertretung von Mitarbeitern in allen Fällen der Verhinderung zu gewährleisten.

§ 15

Verantwortliche und stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche und stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft für häusliche Krankenpflege

erfüllen Personen, die

- (1) neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht oder zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre haben. Die Rahmenfrist beginnt fünf Jahre vor dem Tag, an dem die verantwortliche Pflegefachkraft die Tätigkeit übernimmt. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen die Pflegefachkraft
 - a) wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - b) als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stundenwöchentlich gepflegt hat oder
 - c) an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten;

und

- (2) bei dem Leistungserbringer hauptberuflich mit mindestens 50 % der tariflichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen; diese Voraussetzung gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter oder als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonissen oder Kirchenbeamte beim jeweiligen Leistungserbringer hauptberuflich tätig sind; ein Stellensplitting der Vollzeitbeschäftigung ist maximal mit zwei Pflegefachkräften möglich, sofern die Koordinierung des Arbeitsablaufes gesichert ist.
- (3) Zu Verbundeinrichtungen (z.B. ambulanter Pflegedienst mit angeschlossener Kurzzeit-/Tagespflegeeinrichtung), „Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung“ sowie Einrichtungen der Offenen Behindertenarbeit können zwischen den Vertragsparteien gesonderte Regelungen getroffen werden. Im Einzelfall sind hierüber Gespräche zu führen.

**§ 16
Pflegefachkräfte**

- (1) Der Leistungserbringer hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens eine weitere sozialversicherungspflichtige geeignete Vollzeitkraft zu beschäftigen, sodass insgesamt rechnerisch mindestens drei geeignete Pflegekräfte in Vollzeit durch den Leistungserbringer vorgehalten werden. Entsprechend den individuellen Erfordernissen der Versicherten und den jeweiligen ärztlich verordneten Leistungen sind geeignete Kräfte, auch für die Fälle der Verhinderung, Krankheit und des Urlaubs, vorzuhalten. Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich bei dem Leistungserbringer mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.
- (2) Die Vertragsparteien sind sich einig, dass für Leistungen der psychiatrischen häuslichen Fachkrankenpflege gesonderte Vereinbarungen notwendig sind und verpflichten sich, bei Aufnahme einer derartigen Leistung in das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Richtlinien gemäß § 92 SGB V über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“) unverzüglich in Vertragsverhandlungen einzutreten.

**§ 17
Pflegekräfte**

Der Leistungserbringer kann darüber hinaus weitere geeignete Kräfte einsetzen, die Leistungen unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 15 erbringen.

**§ 18
Fortbildung**

- (1) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte durch pflegespezifische Fortbildungen sicherzustellen. Zu den Fortbildungen in diesem Sinne zählen interne Maßnahmen (wie z.B. Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, pflegespezifische Fallbesprechungen und In-House-Angebote durch interne Referenten) und externe Maßnahmen (wie z.B. trägerübergreifende Qualitätszirkel, Seminare, In-House-Angebote durch externe Referenten).
- (2) Ziel dieser Maßnahmen ist es, die entsprechenden Mitarbeiter/Innen in die Lage zu versetzen, die Versicherten gemäß der nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Maßnahmen nach dem jeweils anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu versorgen.
- (3) Die Fortbildungen haben je rechnerischer Vollzeitstelle einen durchschnittlichen Umfang von mindestens 10 Stunden je Kalenderjahr zu umfassen, davon sollten mindestens 50 % an externen Fortbildungen teilgenommen werden.

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

- (4) Art, Inhalt und Umfang sowie die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Der Träger des Pflegedienstes stellt dem MDK anlässlich von Prüfungen die Fortbildungsnachweise zur Verfügung. Dabei werden die Fortbildungsnachweise für die letzten zwei Kalenderjahre vor der Prüfung durch den MDK herangezogen.
- (5) Weist der Pflegedienst die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach Absatz 4 nicht oder nicht vollständig nach, ist die Krankenkasse berechtigt, für alle Leistungen, die in den ersten 4 Kalendermonaten nach Mitteilung des Prüfungsergebnisses durch den MDK an die Krankenkasse durch den Pflegedienst erbracht werden, die Abrechnungen um 5 %, ab dem folgenden Kalendermonat um 25 % zu kürzen. Dies gilt jedoch frühestens für Prüfungen durch den MDK ab 01.01.2007 für die Kalenderjahre 2005 und 2006.
- (6) Der Pflegedienst hat die für den Zweijahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen eines Jahres nach MDK-Prüfung nachzuholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Zweijahreszeitraum nicht angerechnet. Die Vergütungskürzung gilt längstens für die Leistungen, die in dem Monat erbracht werden, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis nach den Absätzen (4) und (5) dem MDK vorgelegt wird.
- (7) Erbringt der Pflegedienst den Fortbildungsnachweis nicht spätestens ein Jahr, nachdem er durch die Krankenkasse oder die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern auf die vom MDK festgestellten Defizite bei der Fortbildung hingewiesen wurde, ist der Vertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

§ 19

Pflegeprozess - Pflegedokumentation

- (1) Der Pflegeprozess für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege beschränkt sich auf die Planung und Durchführung der ärztlichen Verordnung und wird in der Pflegedokumentation schriftlich festgehalten. Die Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen ist Aufgabe des verordnenden Arztes.
- (2) Der Leistungserbringer hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Sie enthält alle wesentlichen Informationen, die erforderlich sind um die verordnete Pflege sicher durchführen zu können und ist beim Versicherten aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Versicherten ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Leistungserbringer zu führen.

Für Leistungen der Behandlungspflege

sind folgende Dokumentationsunterlagen vorzuhalten:

- Stammdaten incl. Aussage zur verordnungsbegründenden Gesundheitseinschränkung des Versicherten
- Dokumentation der ärztlichen Anordnung

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

- handlungsanleitender Maßnahmenplan
- Leistungsnachweis
- Verlaufsbericht
- Überleitungsbogen

Alle weiteren Dokumentationsunterlagen werden entsprechend der ärztlichen Anordnung und entsprechend der tatsächlichen Leistungserbringung ergänzt z.B. :

- Überwachungsblatt zur Vitalwertdokumentation z.B. Blutdruck, Temperatur, Puls, Flüssigkeitsbilanzierung
- Monitorüberwachungsprotokoll
- Wundprotokoll
- Lagerungsprotokoll
- Blutzuckerprotokoll

Für Leistungen der Grundpflege

gemäss §§ 37 Abs. 1 und 37 Abs. 2 S. 2 SGB V sind die Dokumentationsunterlagen um folgende Inhalte zu ergänzen:

- Pflegeanamnese im Bezug auf Dauer und Art der verordneten Leistungen
- Pflegeplanung
- Lagerungsprotokoll.

- (3) Sofern die Krankenkasse nach §§ 275, 276 SGB V eine gutachterliche Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen bzw. an die Krankenkasse im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung an den MDK (Umschlag darf von der Krankenkasse nicht geöffnet werden) zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Der MDK kann die Krankenkasse mit der Anforderung der Unterlagen beauftragen. Dem MDK sind die Unterlagen vorzulegen, die für die sozialmedizinische Begutachtung angefordert werden.

Die anfallenden Portokosten werden den Pflegediensten von den Krankenkassen im Wege frankierter Rückumschläge gestellt.

Anforderungen von Sozialdaten bei Leistungserbringern sind nicht nach § 276 SGB V zulässig, wenn lediglich Mängel nicht ausreichend ausgefüllter ärztlicher Verordnungen auf diesem Weg behoben werden sollen. Derartige Fragen sind im Verhältnis zum verordnenden Arzt zu klären.

Im Anforderungsschreiben ist die Rechtsgrundlage anzugeben, nach der eine entsprechende Übermittlungsverpflichtung besteht. Weiterhin ist anzugeben, zu welchem Zweck die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme vom Medizinischen Dienst angefordert hat und inwieweit die beim Leistungserbringer angeforderten Unterlagen zur Erstellung des Gutachtens notwendig sind.

§ 20

Verlegung in ein Krankenhaus

Bei Verlegung in ein Krankenhaus stellt der Leistungserbringer dem Krankenhaus auf Anforderung, oder wenn der Leistungserbringer bei der Einweisung anwesend ist, alle pflegerelevanten Informationen mittels eines Pflegeüberleitungsbogens zur Verfügung.

§ 21

Ergebnisqualität

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet die Ergebnisse seiner Krankenbeobachtung, die im Zusammenhang mit den ärztlich verordneten Leistungen stehen, in der Pflegedokumentation festzuhalten und dem Arzt mitzuteilen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verantwortlich für die Durchführungsqualität der ärztlich verordneten Maßnahme.

§ 22

Pflegebedürftigkeit

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

§ 23

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zwischen den Vertragsparteien besteht Einigkeit, dass Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung gesondert zu vereinbaren sind.

§ 24

Inkrafttreten

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.05.2005 in Kraft.
- (2) Zwischen dem einzelnen Leistungserbringer bzw. dessen Trägerverband und den als Vertragspartei genannten Krankenkassen bzw. deren Verbänden ist auf der Basis dieses Rahmenvertrages ein gesonderter Vertrag über die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen zu schließen (Versorgungsvertrag).
- (3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages tritt der bisherige Rahmenvertrag gemäß § 132 SGB V vom 25.04.1995 außer Kraft.

**§ 25
Kündigung**

- (1) Dieser Rahmenvertrag oder Teile aus diesem Rahmenvertrag kann/können von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mittels eingeschriebenem Brief durch jede einzelne Vertragspartei an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München, an die Landesarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, Lessingstr. 1, 80336 München, oder an den Arbeitskreis privater Pflegevereinigungen in Bayern, c/o DBfK e.V., Landesverband Bayern, Romanstr. 67, 80636 München, erfolgen.
- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt nach einer Kündigung so lange weiter, bis ein neuer Rahmenvertrag vereinbart ist. Die Vertragspartner verpflichten sich, im Falle der Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.

**§ 26
Einstellung des Betriebes**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern vor der beabsichtigten vollständigen oder teilweisen Einstellung seiner Pfl egetätigkeit nach diesem Vertrag rechtzeitig, spätestens 2 Wochen vorher, schriftlich oder vorab per Telefax, zu unterrichten.
- (2) Der jeweils zuständigen Krankenkasse sind in diesem Falle Name und Versichertennummer der betroffenen Versicherten, die bei ihr versichert sind, mitzuteilen.

**§ 27
Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich für diesen Fall, unverzüglich in Verhandlungen zur Beseitigung der Problempunkte einzutreten.

**§ 28
Bestandsschutz**

- (1) Leistungserbringer, die vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages im Besitz eines gültigen, unbefristeten Versorgungsvertrages gemäß § 132 oder 132a SGB V sind und welche die personellen Mindestvoraussetzungen nach § 16 Abs. 1 S. 1 nicht erfüllen, genießen Bestandsschutz.
- (2) Leistungserbringer, die zu diesem Zeitpunkt wegen laufender Mindestzahlverhandlungen nur einen befristeten Versorgungsvertrag besitzen, haben die Mindestpersonalzahl nach § 16 bis spätestens 31.12.2006 nachzuweisen.

§ 29
Existenzgründerregelung

Existenzgründer stellen sicher, dass durch das vorhandene Personal (mindestens zwei rechnerische Vollzeitfachkräfte) jederzeit, auch bei Ausfall durch Krankheit oder Verhinderung, die sach- und fachkundige Pflege der Versicherten gewährleistet ist. Sie weisen den Kranken- und Pflegekassen die personellen Mindestvoraussetzungen von rechnerisch drei geeigneten Pflegekräften im Sinne des § 16 Abs. 1 S. 1 spätestens nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Abschluss ihres Versorgungsvertrags nach.

Protokollnotiz:

Über § 1 Abs. 3 und 4, § 2 Abs. 3, § 4 Abs. 2, § 7 Abs. 2, § 9 Abs. 2 und 6, § 12 Abs. 1 und 5; § 14 Abs. 3, § 15 Abs. 2, § 16 Abs. 1, § 17, § 19 Abs. 2 und 3, § 28 und § 29 haben sich die Vertragspartner nicht geeinigt. Diese wurden auf Grund der Schiedsvereinbarung vom 10. Januar 2005 durch Schiedsspruch am 2. März 2005 entschieden.

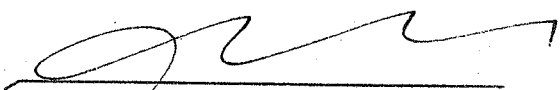
Anlagen:

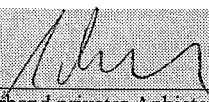
- Anlage 1 Strukturhebungsbogen**
- Anlage 2 Schiedsstellen / -personenvereinbarung**

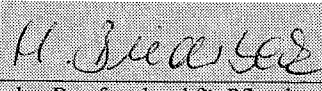
Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege

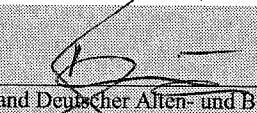
 AOK Bayern Die Gesundheitskasse	 Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.
 Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Der Leiter der Landesvertretung Bayern	 Bayerisches Rotes Kreuz Landesgeschäftsstelle
 BKK Landesverband Bayern Die Geschäftsführung	 Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Bayern e.V.
 Herbert Meyer Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle	 Deutscher Caritasverband Landesverband Bayern e.V.
 Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)	 Diakonisches Werk Bayern e.V. Landesverband der Inneren Mission
 IKK Bayern, Hauptverwaltung	 Landesverband der israelitischen Kulturgemeinden in Bayern
 Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. Der Leiter der Landesvertretung Bayern	 Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Landesverband Bayern e.V.
 Bayerischer Städtetag	 Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V. (ABVP), Landesvertretung Bayern
	 Bundesverband Ambulante Dienste (bad) Landesvertretung Bayern e.V.
	 Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (B.A.H.)

Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege


gGmbH der Landeshauptstadt
MÜNCHENSTIFT
Severinstraße 2, 81541 München


Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa),
Landesvertretung Bayern


Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
Landesverband Bayern e.V.


Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
(VDAB), Landesvertretung Bayern

München, den