

# **Vertrag gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V**

Zwischen

den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.
  
- Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
- Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
- Caritasverband für die Diözese Münster e.V.
- Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.
  
- Paritätischer Wohlfahrtsverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
  
- Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Nordrhein e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Westfalen-Lippe e.V.
  
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.
  
- Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Nordrhein
- Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Westfalen-Lippe

- nachstehend Spitzenverbände genannt -

und

- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
  
- AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
  
- IKK classic
  
- Knappschaft
  
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse
  
- den Ersatzkassen  
Techniker Krankenkasse (TK)  
BARMER GEK  
DAK-Gesundheit  
Kaufmännische Krankenkasse - KKH  
HEK - Hanseatische Krankenkasse  
Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

- nachstehend Verbände genannt -

wird gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege, der häuslichen Pflege und der Haushaltshilfe folgendes vereinbart:

## Inhaltsverzeichnis

|      |   |
|------|---|
| § 1  | Gegenstand und Bestandteile des Vertrages         |
| § 2  | Geltungsbereich                                   |
| § 3  | Beitritt zum Vertrag                              |
| § 4  | Organisatorische Voraussetzungen                  |
| § 5  | Personelle Voraussetzungen                        |
| § 6  | Kooperation mit anderen Leistungserbringern       |
| § 7  | Materialien, apparative Voraussetzungen           |
| § 8  | Grundsätze der Leistungserbringung                |
| § 9  | Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot   |
| § 10 | Qualitätssicherung                                |
| § 11 | Fortbildung                                       |
| § 12 | Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung        |
| § 13 | Berechtigung zur Abgabe der Leistungen            |
| § 14 | Abgabe der Leistungen                             |
| § 15 | Dokumentation                                     |
| § 16 | Leistungsnachweis                                 |
| § 17 | Vergütung   |
| § 18 | Abrechnung gemäß § 302 SGB V                      |
| § 19 | Abrechnung vor Umsetzung des § 302 SGB V          |
| § 20 | Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen          |
| § 21 | Zahlungsfrist, Beanstandungen, Verjährung         |
| § 22 | Werbung   |
| § 23 | Datenschutz, Schweigepflicht                      |
| § 24 | Maßnahmen bei Vertragsverstößen                   |
| § 25 | Außerordentliche Kündigung                        |
| § 26 | Vertragsausschuss                                 |
| § 27 | Schiedsperson                                     |
| § 28 | Beendigung, Kündigung der Einzelvertragsbeziehung |
| § 29 | Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages         |
| § 30 | Überleitungsregelung                              |
| § 31 | Salvatorische Klausel                             |
| § 32 | Änderung des Vertrages                            |

## § 1

### Gegenstand und Bestandteile des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die ambulante Versorgung der Versicherten mit
- a) häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege),
  - b) häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Behandlungspflege),
  - c) häuslicher Pflege gemäß §§ 198 RVO, 25 KVLG,
  - d) Haushaltshilfe gemäß §§ 38 Abs. 1 SGB V, 199 RVO, 27 KVLG, 10 KVLG 1989 sowie die Vergütung und Abrechnung dieser Leistungen.
- (2) Bestandteile des Vertrags sind
- a) die Anlagen
    - Anlage 1: Anerkenniserklärung gem. § 3 Abs. 1
    - Anlage 1a: Überleitungserklärung gem. § 30
    - Anlage 2: Übersicht der aktuell beschäftigten Mitarbeiter/innen und Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen
    - Anlage 3: Vergütung
    - Anlage 4: Nachqualifizierung von Altenpflegekräften
    - Anlage 5: Curriculum zur theoretischen Schulung der „Altenpflegehelfer(innen)“ sowie der „sonstigen geeigneten Kräfte“ gemäß § 13
    - Anlage 6: Dokumentation des Praktikums zur Anleitung und Einarbeitung in behandlungspflegerische Maßnahmen der Leistungsgruppen 1 und 2
  - b) die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung,
  - c) die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung,
  - d) die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI sowie des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in der ambulanten Pflege in der gültigen Fassung.
  - e) die im Bundesanzeiger veröffentlichten Expertenstandards mit Bezug zur häuslichen Krankenpflege nach § 113a SGB XI

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt für die Partner dieses Vertrages sowie

- a) für die den vertragsschließenden Spitzenverbänden angehörenden Träger ambulanter Krankenpflegeeinrichtungen (ambulanter Pflegedienst), die nach Maßgabe des § 3 beigetreten sind,
- b) für die von den vertragsschließenden Verbänden vertretenen Krankenkassen, die diesem Vertrag gegenüber ihrem Verband beigetreten sind. Der jeweils zuständige Verband teilt den Spitzenverbänden mit, welche Krankenkassen diesem Vertrag beigetreten sind.

## **§ 3 Beitritt zum Vertrag**

- (1) Der Beitritt eines ambulanten Pflegedienstes zu diesem Vertrag setzt eine schriftliche Anerkennniserklärung (Anlage 1) des Trägers des ambulanten Pflegedienstes voraus. Die Anerkennniserklärung ist für jeden ambulanten Pflegedienst gesondert auszufertigen und über den jeweiligen Spitzenverband an die von den Verbänden der Krankenkassen benannten zuständigen Stellen zu richten.

Mit Abgabe der Anerkennniserklärung erkennt der Träger des Pflegedienstes bei Zustandekommen des Vertrages nach Maßgabe des Absatzes 4 die Verbindlichkeit des Vertrages einschließlich seiner Anlagen an. Die Verbindlichkeit des Vertrages erstreckt sich hierbei in Fällen der Vertragsänderung (§ 32) auch auf alle zwischen den Vertragspartnern des Vertrages getroffenen Änderungs- sowie Ergänzungsvereinbarungen. Den Trägern der Pflegedienste steht in Fällen der Vertragsänderung ein außerordentliches Kündigungsrecht nach § 25 Abs. 3 zu.

- (2) Der Anerkennniserklärung (Anlage 1) sind folgende Unterlagen beizufügen:
- a) Übersicht über das eingesetzte Personal sowie Kopien der Qualifikationsnachweise für das nach § 5 mindestens einzusetzende Personal.
  - b) Ein aktueller Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft für die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre(n) Stellvertreter(in). Der Auszug darf nicht älter als 3 Monate sein.
  - c) Die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden
  - d) Bestätigung über die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft
  - e) Bestätigung über den Abschluss einer ausreichenden Betriebs/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die jährlich an die Betriebsgröße (Durchschnittszahl der Mitarbeiter/innen und Jahres-/Gehaltssummen) angepasst wird.

Auf Verlangen der zuständigen Stellen sind im begründeten Einzelfall weitere Unterlagen (z. B. Nachweise über bestehende Arbeitsverträge) vorzulegen, um die Erfüllung der Voraussetzungen nach diesem Vertrag nachzuweisen.

- (3) Folgende Änderungen teilt der Träger des ambulanten Pflegedienstes (ggf. über den jeweiligen Spitzenverband) den zuständigen Stellen unverzüglich mit:
  - a) Wechsel der pflegerischen Leitung oder deren Stellvertretung
  - b) Unterschreiten der personellen Mindestbesetzung gemäß § 5 Abs. 6 für einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten
  - c) Änderung des Trägers bzw. der Rechtsform sowie der Anschrift des ambulanten Pflegedienstes
  - d) Abschluss bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern
- (4) Auf der Grundlage aller vom Träger des ambulanten Pflegedienstes gemäß Absatz 2 abgegebenen Erklärungen und vorgelegten Unterlagen entscheiden die zuständigen Stellen darüber, ob der betroffene ambulante Pflegedienst die Voraussetzungen für den Beitritt zum Vertrag erfüllt. Bei der Entscheidung ist auch auf die persönliche Eignung der verantwortlichen Pflegefachkräfte abzustellen. Insbesondere bei vorausgegangener schwerer oder wiederholter Rechtsverletzung ist den Krankenkassen die Begründung eines Vertragsverhältnisses nicht zuzumuten. Die Entscheidung wird dem Träger des ambulanten Pflegedienstes und dem entsprechenden Spitzenverband grundsätzlich innerhalb eines Monats schriftlich mitgeteilt. Für den Beginn der Mitteilungsfrist maßgebend ist der Zeitpunkt, zu dem bei der zuständigen Stelle alle nach dem Vertrag beizubringenden Unterlagen nach Abs. 2 Buchstaben a – e vollständig eingegangen sind. Vor einer ablehnenden Entscheidung wird dem Träger des ambulanten Pflegedienstes und dem zuständigen Spitzenverband Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.
- (5) Sofern der ambulante Pflegedienst neben der somatischen auch psychiatrische/gerontopsychiatrische häusliche Krankenpflege anbietet, bedarf es hierzu eines besonderen Antrages und einer besonderen Entscheidung der zuständigen Stellen nach Maßgabe der einschlägigen vertraglichen Bestimmungen.
- (6) Der Beitritt zum Vertrag kann abgelehnt werden, solange der Träger des ambulanten Pflegedienstes noch in anderweitigen Vertragsbeziehungen zu den am Vertrag beteiligten Krankenkassen gemäß §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V steht.
- (7) Vorbehaltlich einer abweichenden schriftlichen Regelung im Einzelfall wird der Beitritt zum Vertrag mit Beginn des auf die Abgabe der Erklärung (Anlage 1 einschließlich aller erforderlichen Unterlagen) folgenden Monats wirksam. Mit der schriftlichen Entscheidung zum Beitritt zum Vertrag wird der räumliche Einzugsbereich (vgl. § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI bzw. § 4 Abs. 1 des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI) festgelegt.
- (8) Für weitere Räumlichkeiten, von denen aus Pflege geplant und organisiert wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich. Betriebsstandorte, die ausschließlich der Optimierung der internen Arbeitsabläufe (z. B. Schlüsselverwaltung, Lagerung von Pflegehilfsmitteln, Außenstelle des Fuhrparks) dienen, sind hiervon ausgenommen.

#### **§ 4** **Organisatorische Voraussetzungen**

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes hat durch geeignete organisatorische Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sachlicher Mittel für die Dauer des Ver-

trages die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu bieten. Hierzu gehört insbesondere, dass der ambulante Pflegedienst

1. die von diesem Vertrag gemäß § 1 Abs. 1 erfassten Leistungen entsprechend seines Leistungsspektrums erbringt,
2. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (§ 5 Abs. 1) steht,
3. die Versorgung seiner Patienten auch bei personellen Engpässen sicherstellt,
4. durch Einrichtung eines ausreichenden Früh-, Spät-, Wochenend- und Feiertagsdienstes eine Versorgung der Versicherten der ärztlichen Verordnung entsprechend ggf. „rund-um-die-Uhr“ - auch durch Kooperationen - sicherstellt
5. ständig erreichbar ist.

Der ambulante Pflegedienst muss selbständig wirtschaften und über eigene Geschäftsräume verfügen.

## **§ 5**

### **Personelle Voraussetzungen**

- (1) Die pflegerische Leitung des ambulanten Pflegedienstes soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5 Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt. Die verantwortliche Pflegefachkraft darf zugleich auch als solche bei demselben ambulanten Pflegedienst nach dem SGB XI und bei einem anderen ambulanten Pflegedienst desselben Trägers nach SGB V und/oder SGB XI tätig sein. Die Regelungen des § 72 Abs. 2 SGB XI bleiben davon unberührt. Sie muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in.

- (2) Die Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegedienstleitung durch eine(n) Altenpfleger/in setzt voraus:

- a) die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpfleger/in nach dem Gesetz über die Berufe der Altenpflege vom 25.08.2003 oder
- b) die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpfleger/in nach einer dreijährigen Ausbildung, die nicht unter Buchstabe a) fällt, sowie den Nachweis einer Nachqualifizierung entsprechend Anlage 4.

Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen nach § 132 a SGB V in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Fachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben bzw. ausüben, werden auch nach diesem Vertrag entsprechend anerkannt.

- (3) Die verantwortliche Pflegefachkraft muss innerhalb der letzten acht Jahre vor Antragstellung mindestens zwei Jahre den Beruf in Vollzeitbeschäftigung, davon mindestens 9 Monate im ambulanten Bereich ausgeübt haben. Für Teilzeitbeschäftigte (mindestens 16

Stunden pro Woche) verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit unter alleiniger Anrechnung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungszeiten entsprechend. Beträgt die bei der Ermittlung der Berufserfahrung zu berücksichtigende Beschäftigungszeit mindestens 75 % einer Vollzeittätigkeit, wird diese als Vollzeittätigkeit gewertet.

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

- (4) Als Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft ist eine Pflegefachkraft mit einem Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit zu beschäftigen, die die Voraussetzungen der Absätze 1, 2 und 3 Satz 1 bis 2 erfüllt. Im Falle einer vorübergehenden Abwesenheit der verantwortlichen Pflegefachkraft nach Abs. 1 (z. B. aufgrund von Urlaub oder Krankheit) ist eine Vollzeitbesetzung sicherzustellen. Bei einer längerfristigen Abwesenheit (mehr als 6 Monate) gilt zudem für jede(n) Beschäftigten in dieser Funktion Absatz 3 Satz 3 und 4; die zuständigen Stellen werden hierüber informiert.
- (5) Hat sich ein Pflegedienst auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert, die zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 53 SGB XII gehören, kann die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft durch eine Heilerziehungspflegerin/einen Heilerziehungspfleger ausgeübt werden, sofern die jeweils andere Funktion (verantwortliche Pflegefachkraft bzw. stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft) durch eine Fachkraft mit einer Qualifikation nach Absatz 1 oder 2 wahrgenommen wird.\*
- (6) Zur Erbringung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und der ambulanten Pflege nach dem SGB XI muss die personelle Besetzung des ambulanten Pflegedienstes einschließlich Leitung mindestens vier Vollzeitbeschäftigte umfassen. Davon können drei Vollzeitbeschäftigte durch eine entsprechende Anzahl von sozialversicherungspflichtigen Teilzeitkräften ersetzt werden. Mindestens drei Vollzeitstellen sind durch examiniertes Pflegepersonal mit abgeschlossener 3jähriger Berufsausbildung zu besetzen.
- (7) Einrichtungen, die auch psychiatrische/geronto-psychiatrische Pflege anbieten, müssen für dieses Aufgabengebiet mindestens zwei vollzeitbeschäftigte oder entsprechende teilzeitbeschäftigte Krankenschwestern/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen oder Altenpflegerinnen/Altenpfleger mit einer Zusatzqualifikation gemäß § 13 Abs. 4 vorhalten, die auf die Gesamtzahl nach Absatz 6 angerechnet werden.
- (8) Soweit die Voraussetzungen erfüllt sind, gilt die Zustimmung als erteilt, sofern eine Rückmeldung der zuständigen Stelle innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung unterbleibt.

\*Protokollnotiz

## **§ 6**

### **Kooperation mit anderen Leistungserbringern**

- (1) Kooperationen mit anderen ambulanten Pflegediensten dürfen nur eingegangen werden, wenn diese gleichfalls mit den vertragsschließenden Krankenkassen in gültigen vertraglichen Beziehungen gemäß §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V stehen.
- (2) Bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sind Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich. Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen der ursprünglich beauftragte ambulante Pflegedienst. Dieser rechnet auch die vom Kooperationspartner erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen ab. Den zuständigen Stellen ist eine schriftliche Mitteilung über die vereinbarten Kooperationen unverzüglich zu übersenden.
- (3) Kooperationsverträge, die ihrem Zweck nach dazu dienen, fehlende organisatorische und/ oder personelle Vertragsvoraussetzungen zu ersetzen, sind unzulässig.
- (4) Weitere Kooperationen sind nach Zustimmung durch die zuständigen Stellen der Krankenkassen möglich.
- (5) Die Zustimmung für bestehende Kooperationen gilt als erteilt, wenn diese in der Vergangenheit angezeigt wurden.

## **§ 7**

### **Materialien, apparative Voraussetzungen**

- (1) Der ambulante Pflegedienst stellt seinen Pflegekräften für die häusliche Krankenpflege die erforderlichen Arbeitsmittel bereit, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Alle in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Geräte müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.
- (2) Die Pflegekräfte halten bei ihren Pflegeeinsätzen einen Pflegekoffer bereit, der für den Notfall mindestens folgende Materialien bzw. Arbeitsmittel enthält: Blutzuckermessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Scheren, Händedesinfektionsmittel, sterile und unsterile Handschuhe sowie ein Blutdruckmessgerät. Verordnungsfähige Verband- und Hilfsmittel (§§ 31, 33 SGB V) einschließlich Teststreifen sind nur für den pflegerischen Notfall vorzuhalten.
- (3) Sofern eine Versorgung mit Verband- oder Hilfsmitteln (§§ 31, 33 SGB V) erforderlich erscheint, informiert der ambulante Pflegedienst den behandelnden Arzt und die Krankenkasse.

## **§ 8**

### **Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes gewährleistet die sach- und fachgerechte Ausführung der Leistungen nach diesem Vertrag.

- (2) Häusliche Krankenpflege ist nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und den im Bundesanzeiger veröffentlichten Expertenstandards nach § 113 SGB XI zu erbringen.
- (3) Die Erbringung der häuslichen Krankenpflege soll unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten darauf ausgerichtet werden, dass der Versicherte bzw. eine die Pflege/Betreuung sicherstellende Person durch Anleitung in die Lage versetzt wird, die Leistungen selbst durchzuführen.
- (4) Um einen reibungslosen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten Pflege zu unterstützen sowie im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §§ 140 ff. SGB V und Disease-Management-Programmen sollen die ambulanten Pflegedienste in ihrem Einzugsgebiet mit
  - niedergelassenen Vertragsärzten,
  - den Vertragskrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 111 SGB V und
  - sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligtenzusammenarbeiten. § 9 Abs. 1 ist zu beachten.

Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der integrierten Versorgung ist in gesonderten Verträgen nach § 140b SGB V geregelt.

- (5) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes haftet gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB X). Er stellt sicher, dass erforderliche Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen sind und stellt die Krankenkassen von Ansprüchen frei, die gegenüber diesen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag von Dritten geltend gemacht werden.
- (6) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes gewährleistet, dass die Versicherten der an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.

## **§ 9**

### **Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot**

- (1) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, Vertragsärzte und Krankenhäuser insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig.
- (2) Die Annahme von Pflegeaufträgen zum Zwecke der Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung. Die Beziehungen zu anerkannten Kooperationspartnern bleiben hiervon unberührt.
- (3) Die Versicherten haben die Wahl unter den zugelassenen Pflegediensten. Auf diese Wahlfreiheit darf kein Einfluss genommen werden. Versorgt ein Pflegedienst einen Patienten, der nicht zu seinem Einzugsgebiet gehört, kann der Pflegedienst weder gegenüber der Krankenkasse noch gegenüber dem Patienten Mehrkosten verlangen und in Rechnung stellen.

## **§ 10**

### **Qualitätssicherung**

- (1) Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten soweit dieser Vertrag nichts anderes vorsieht. Die Verbände der Krankenkassen können eine Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung veranlassen. Der Träger des ambulanten Pflegedienstes kann seinen Spitzenverband beteiligen.
- (2) Die verantwortliche Pflegefachkraft trägt die fachliche Verantwortung für das eingesetzte Personal. Über den Einsatz des Personals im Einzelfall entscheidet die verantwortliche Pflegefachkraft unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit sowie Art und Schwere der Erkrankung des Versicherten im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen werden für den einzelnen Patienten mit möglichst geringem Wechsel des Personals erbracht. Der Einsatz von so genannten freien Mitarbeitern/innen ist unzulässig. Auf Anforderung der zuständigen Stellen (§ 3) oder Krankenkassen sind Einsatzpläne im begründeten Einzelfall in Kopie zu übersenden.
- (3) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes stellt sicher, dass die Kenntnisse des eingesetzten Pflegepersonals für die Durchführung der vertraglichen Leistungen den in § 8 genannten Grundsätzen entsprechen.
- (4) Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden nach den Schritten des Pflegeprozesses erbracht. Bestandteil der grundpflegerischen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ist eine individuelle, auf den Patienten abgestimmte Pflegeplanung als Teil des Pflegeprozesses, die regelmäßig durch eine Pflegefachkraft zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren ist.

Bei Versicherten, die ausschließlich Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V erhalten, ist eine umfassende Durchführung aller Schritte des Pflegeprozesses, insbesondere die Pflegeplanung, nicht erforderlich, da der Leistungserbringer ausschließlich im Rahmen des ärztlichen Therapie- und Behandlungsplans handelt. Ausgenommen hiervon ist die psychiatrische Krankenpflege.

Über die Durchführung der Maßnahmen führt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise (Pflegedokumentation § 15), gewährleistet die Dokumentation von Besonderheiten und ggf. eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

- (5) Um einen bestmöglichen Informationsfluss zwischen allen an der Pflege beteiligten Pflegekräften zu gewährleisten, sind regelmäßige Dienstbesprechungen durchzuführen.

## **§ 11**

### **Fortbildung**

- (1) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes ist gesetzlich verpflichtet, Fortbildungen für seine Mitarbeiter/innen durchzuführen. Die Fortbildung ist nach den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V auszurichten und den zuständigen Stellen auf Ver-

langen unter Fristsetzung nachzuweisen. Die Frist soll mindestens einen Monat betragen.

- (2) Solange die o. a. Rahmenempfehlungen nicht vorliegen, sind die Inhalte der Fortbildungen so auszurichten, dass die Mitarbeiter/innen auf dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sind. Leitungskräfte (Pflegedienstleitung, Stellvertretung, Qualitätsbeauftragter, etc.) des ambulanten Pflegedienstes sind verpflichtet, externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich insgesamt 28 Stunden nachzuweisen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Fortbildungen die Bereiche Dokumentation, Management und Pflege abdecken. Für die übrigen Mitarbeiter/innen sind regelmäßige Fortbildungen, die sich an den Inhalten des Satzes 1 orientieren sollten, durchzuführen. Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnehmerliste).
- (3) Werden Fortbildungen nicht fristgerecht nachgewiesen, werden vom Folgemonat an die Vergütungssätze nach Maßgabe des § 17 Abs. 4 gekürzt. Dem Träger des ambulanten Pflegedienstes ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Als Frist hierfür können längstens sechs Monate vorgesehen werden. Kommt der Träger des ambulanten Pflegedienstes innerhalb dieser Frist seiner Nachweispflicht nicht nach, gilt § 25 Abs. 2.
- (4) Wird die Fortbildung vor Beendigung der Frist nachgewiesen, entfällt vom nächsten Monatsersten an die Kürzung der Vergütung.

## **§ 12**

### **Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung**

- (1) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die ambulanten Pflegedienste nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).
- (2) Im Interesse der Wirtschaftlichkeit sollen verordnete Leistungen nach diesem Vertrag sowie Leistungen der Pflegeversicherung, soweit möglich, innerhalb eines Einsatzes erbracht werden.
- (3) Ist die Notwendigkeit oder Wirksamkeit der verordneten Leistungen im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr gegeben, informiert der ambulante Pflegedienst den Arzt und die zuständige Krankenkasse umgehend.
- (4) Die Krankenkassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungen nach diesem Vertrag prüfen oder prüfen lassen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein ambulanter Pflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung - auch im Hinblick auf die Koordination notwendiger Pflegeleistungen nach dem SGB XI - nicht oder nicht mehr erfüllt.

### **§ 13 Berechtigung zur Abgabe der Leistungen**

- (1) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Leistungen nach diesem Vertrag durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden
- (2) Behandlungspflegen (§ 37 SGB V) dürfen ausschließlich durch die nachfolgend genannten Personenkreise erbracht werden:
  - a. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpfleger, sowie Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen,
  - b. Altenpfleger/innen,
  - c. Krankenpflegehelfer/innen sowie Krankenpflegeassistenten/innen
  - d. Arzthelfer/innen, soweit sie innerhalb ihres Berufsalltags regelmäßig wiederkehrend Leistungen der Behandlungspflege erbracht haben,
  - e. staatlich examinierte Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger, ausgebildet nach dem nordrhein-westfälischen Lehrplan „Fachschule für Sozialwesen, Fachrichtung Heilerziehungspflege (Bass 15-39 Nr. 602)“
  - f. Altenpflegehelfer/innen
  - g. Sonstige geeignete Personen, soweit sie über eine 2-jährige Berufserfahrung in der Pflege sowie über ein dreimonatiges Praktikum im Bereich der Behandlungspflege in Vollzeit verfügen; für Teilzeitbeschäftigte verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit entsprechend.

Der Einsatz von Altenpflegehelfer/innen sowie sonstiger geeigneter Personen setzt einen dokumentierten Schulungsnachweis über eine sach- und fachgerechte theoretische Schulung von mindestens 186 Stunden durch ein Fort- bzw. Weiterbildungsinstitut (Curriculum siehe Anlage 5), den Nachweis eines mindestens dreimonatigen Praktikums zur Anleitung und Einarbeitung durch eine dreijährig examinierte Pflegefachkraft in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (Anlage 6) sowie die Bestätigung der zuständigen Stellen voraus.

Durch die Personenkreise nach Buchstabe e) bis g) dürfen ausschließlich Leistungen der Leistungsgruppen 1 und 2 gemäß Anlage 3 erbracht werden.

Sonstige Kräfte, die am 30.09.2015 berechtigt waren, Leistungen der Behandlungspflege zu erbringen, können auch weiterhin diese Leistungen erbringen. Der Anteil der erbrachten Leistungen durch Personen nach Buchstabe f) und g) an den Leistungen der Behandlungspflege des Leistungserbringers darf je Kalendermonat 40 v. H. nicht übersteigen.

(3) Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung sowie Haushaltshilfe werden durch die im Abs. 2 genannten Pflegekräfte sowie durch Haus- und Familienpflegerinnen, Dorfhelferinnen und andere geeignete Kräfte erbracht. Die in der Haushaltshilfe eingesetzten Mitarbeiter/innen müssen aufgrund ihrer Ausbildung oder ihrer besonderen Eignung in der Lage sein, die im Haushalt notwendigen Arbeiten einschließlich der Betreuung der Kinder selbständig durchzuführen.

(4) Zur Erbringung von Leistungen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege nach diesem Vertrag sind ausschließlich Personen mit folgender Berufsbezeichnung berechtigt:

Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpflegerin oder Altenpfleger mit

- staatlich anerkannter Weiterbildung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie oder zur Fachpflegerin/zum Fachpfleger für Psychiatrie und mindestens 2-jähriger Berufstätigkeit in Vollzeitbeschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre, sofern der Abschluss der Weiterbildung mehr als 5 Jahre zurückliegt oder
- mindestens 2-jähriger Berufstätigkeit in Vollzeitbeschäftigung im stationären psychiatrischen / gerontopsychiatrischen Bereich (z. B. im psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses) oder in einer geschlossenen psychiatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Einrichtung oder im Betreuten Wohnen für Menschen mit psychischen Behinderungen/Erkrankungen, mit geistigen und/oder Mehrfachbehinderungen und Suchterkrankungen (siehe Leistungstyp I des Landesrahmenvertrages gemäß § 93 d BSHG vom 01.01.2002) unter Anleitung einer qualifizierten Fachkraft innerhalb der letzten 5 Jahre oder mindestens 2-jähriger Berufstätigkeit in Vollzeitbeschäftigung im psychiatrischen / gerontopsychiatrischen Bereich eines für ambulante psychiatrische Krankenpflege zugelassenen ambulanten Pflegedienstes unter Anleitung einer qualifizierten Fachkraft innerhalb der letzten fünf Jahre. Für Teilzeitbeschäftigte verlängern sich die vorstehenden Zeiten für die nachzuweisende Berufstätigkeit entsprechend. Zeiten geringfügiger Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV sind nicht berücksichtigungsfähig.

(5) Den nach § 3 Abs. 1 zuständigen Stellen sind einmal im Jahr (bis zum 30.06.) der Nachweis der aktuell beschäftigten Mitarbeiter/innen (Unterschrift/Handzeichen gemäß Anlage 2) vorzulegen sowie auf Anforderung Kopien der Qualifikationsnachweise für das jeweils eingesetzte Personal. Darüber hinaus sind die vorgenannten Unterlagen sowie die Qualifikationsnachweise auf Verlangen der zuständigen Stellen einzureichen.

## § 14

### Abgabe der Leistungen

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur aufgrund gültiger vertragsärztlicher Verordnung (Muster 12 bzw. Muster 12 P) erbracht werden. Die Rückseite des Verordnungsvordruckes ist vom Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter und dem ambulanten Pflegedienst auszufüllen und zu unterschreiben. Sofern dies nicht oder nur teilweise geschehen ist, kann die Leistung nicht genehmigt werden. Die Kostenübernahme ist grundsätzlich vor Beginn der Leistungserbringung unverzüglich bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen.

Die Kostenübernahme für Leistungen nach § 38 SGB V, §§ 198, 199 RVO ist bei der Krankenkasse gesondert zu beantragen.

- (2) Über Art, Umfang und Dauer der Leistungen entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der ordnungsgemäß ausgefüllten vertragsärztlichen Verordnung. Die Krankenkasse entscheidet unverzüglich über den Leistungsantrag und informiert hierüber den ambulanten Pflegedienst. Soweit die vertraglich verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die Krankenkasse den Versicherten und den ambulanten Pflegedienst.
- (3) Soweit die Krankenkasse eine Begrenzung der Kostenübernahme vorgibt, ist dies von dem ambulanten Pflegedienst zu beachten. Sollte häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, können auch quartalsüberschreitende Folgeverordnungen genehmigt werden. Vor Ablauf eines Genehmigungszeitraums ist eine Folgeverordnung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen, um dieser Gelegenheit zu geben, ggf. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuschalten. Bei einem Quartalswechsel kann die vertragsärztliche Verordnung im Einzelfall innerhalb von drei Arbeitstagen ab Quartalsbeginn nachgereicht werden.
- (4) Die Pflegedienste prüfen im Rahmen der partnerschaftlichen Zusammenarbeit ihnen vorgelegte ärztliche Verordnungen vor Weiterleitung an die Krankenkasse auf erkennbare Fehler, Vollständigkeit und Eindeutigkeit (siehe auch § 14 Abs. 1 Satz 2). Sofern der Pflegedienst weitergehende Unterlagen im Zusammenhang mit der Verordnung vom Arzt erhält, sind diese mit der Verordnung bei der Krankenkasse ohne Anspruch auf eine gesonderte Vergütung einzureichen. Ergeben sich gleichwohl aus einer ausgestellten ärztlichen Verordnung nicht alle für die Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen, und fordert die Krankenkasse zum Zwecke der Vorlage beim zuständigen MDK oder fordert der zuständige MDK im Auftrag der Krankenkasse versichertenbezogen einen Medikamentenplan, ein Blutzuckerprotokoll, eine Wund-/ Dekubitusdokumentation (bzw. deren relevante Bestandteile) oder einen Nachweis im Zusammenhang mit Leistungen zum Anlegen und Abnehmen von Kompressionsverbänden an, hat der Pflegedienst mit der Übersendung der angeforderten Unterlagen Anspruch auf eine Vergütung je Anforderungsfall.
- (5) Sofern an Wochenenden oder Feiertagen die erstmalige Kostenzusage für häusliche Krankenpflege durch die Krankenkasse nicht vor Beginn der häuslichen Krankenpflege eingeholt werden kann, beantragt der ambulante Pflegedienst die Kostenübernahme unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung möglichst am nächsten Arbeitstag (ggf. per Telefax) bei der Krankenkasse.

- (6) Bei Übermittlung der Verordnung per Telefax ist die Angabe des ambulanten Pflegedienstes auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks ausreichend. Die Originalverordnung ist kurzfristig vollständig ausgefüllt nachzureichen. Sofern in diesen Fällen die ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung den vertraglichen Regelungen entspricht, der Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 3 SGB V nicht ausgeschlossen ist und offensichtliche Zweifel an der vertragsärztlichen Verordnung nicht bestehen, übernimmt die Krankenkasse die Kosten von Beginn der Behandlungspflege an, im Ablehnungsfall bis zur Entscheidung über den Leistungsantrag; der Träger nimmt insoweit seine sich aus § 12 Abs. 1 ergebende Mitwirkungspflicht wahr. Die zuständige Krankenkasse wird den ambulanten Pflegedienst unverzüglich über ihre Entscheidung informieren.
- (7) Kosten für genehmigte und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen. Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig sind oder wenn Leistungen der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, die nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse nicht vorgesehen sind.
- (8) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen vertragsärztlicher Verordnungen bedürfen der Unterschrift des verordnenden Arztes.

## **§ 15 Dokumentation**

- (1) Der Leistungserbringer führt für jeden Patienten eine detaillierte und zeitnahe Pflegedokumentation zur jeweils aktuellen Informationsvermittlung, die grundsätzlich beim Patienten aufbewahrt wird. Sie muss einen zuverlässigen und umfassenden Überblick über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Patienten und der Versorgung ermöglichen. Die Pflegedokumentation enthält folgende Mindestinhalte:
- Stammdaten: u. a. Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Name der Krankenkasse, Name, Anschrift und Telefonnummer des behandelnden Arztes, med. Diagnosen
  - Strukturierte Informationssammlung
  - Pflegebericht: Besonderheiten bei der Durchführung und dem Verlauf der Pflege, ggf. Angaben zur Befindlichkeit des Patienten
  - Durchführungsnachweis (Kopie eines manuell erstellten Leistungsnachweises): Art, Datum, Uhrzeit der erbrachten Leistung (Beginn) und Handzeichen des durchführenden Personals.

Der Pflegedokumentation müssen bei Bedarf weitere Inhalte entnommen werden können, wie z. B. beim Patienten gemessene Werte (z. B. BZ, Bilanzierung) oder aktueller Medikamentenplan im Hinblick auf die verordneten Leistungen.

## **§ 16 Leistungsnachweis**

- (1) Jede geleistete Krankenpflege ist unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis durch die ausführende Kraft einzutragen und durch Handzeichen abzuzeichnen.
- (2) Wird der Leistungsnachweis maschinell erstellt, sind anstelle des persönlichen Handzeichens die Initialen der Pflegekraft gemäß Anlage 2 zu vermerken, die den jeweiligen Einsatz durchgeführt hat. Ein maschinell erstellter Leistungsnachweis ist zusätzlich um den Hinweis zu ergänzen: „Der Leistungsnachweis wurde mittels einer mobilen Datenerfassung erstellt, er stimmt mit dem Durchführungsnachweis überein.“ Der Leistungsnachweis muss über die im Absatz 4 genannten Mindestinhalte verfügen. Auf Anforderung ist der Krankenkasse in den Fällen maschinell erstellter Leistungsnachweise der Durchführungsnachweis zu übersenden.
- (3) Die erbrachten Leistungen sind nach Beendigung der Verordnung oder einmal monatlich vom Versicherten und einmal monatlich von der verantwortlichen Pflegefachkraft oder von der stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft durch Unterschrift zu bestätigen. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu begründen sind, genügt die Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft. Vordatierungen oder Globalbestätigungen über den Empfang von Leistungen sind unzulässig. Eine Durchschrift/ Kopie des Leistungsnachweises hat auf Wunsch des Versicherten bei ihm zu verbleiben.
- (4) Der Leistungsnachweis hat folgende Mindestinhalte aufzuweisen:
  - Krankenversicherungsnummer
  - Name und Vorname des Patienten
  - Geburtsdatum des Patienten
  - Tag der Leistungserbringung
  - Uhrzeit der Leistungserbringung (Einsatzbeginn)
  - Art der Leistung im Klartext (z. B. Injektionen, Verbandwechsel usw.)
  - Handzeichen der leistungserbringenden Pflegekraft
  - Datum und Unterschrift des Patienten
  - IK, Name und Anschrift des Leistungserbringers

## **§ 17 Vergütung**

- (1) Die Vergütung der Vertragsleistungen bestimmt sich nach der gemäß Anlage 3 des Vertrages getroffenen Vergütungsvereinbarung. Mit den Vergütungsbeträgen sind - vorbehaltlich etwaiger in Anlage 3 aufgeführter Einzelfallzuschläge - sämtliche Aufwendungen des Leistungserbringers abgegolten, die im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit der jeweils vergüteten Vertragsleistung stehen. Soweit keine Sonderregelungen getroffen sind, sind die Preise der Anlage 3 „Spalte 1“ maßgebend.

- (2) Die Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag für Versicherte in Wohnanlagen (z. B. demselben Gebäude, Wohnheimen, Haus- oder Wohngemeinschaften) bzw. im Rahmen des so genannten Betreuten Wohnens ist in der Anlage 3 „Spalte 2“ besonders ausgewiesen.
- (3) Die ambulanten Pflegedienste stellen sicher, dass dem in Absatz 2 zum Ausdruck gebrachten Gedanken der Kostenersparnis Rechnung getragen wird. Sie machen die Erbringung von Leistungen nach Absatz 2 auf dem Leistungsnachweis (§ 16) für jeden Einsatz kenntlich. Sie gewähren den Krankenkassen im begründeten Einzelfall (ggf. anonym) Einblick in die einschlägigen Unterlagen.
- (4) Kommt der Träger eines ambulanten Pflegedienstes seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung (§ 11 Abs. 3) nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen in Höhe von 10 v.H. für die ersten drei Monate, danach in Höhe von 25 v.H. Für den Zeitpunkt der Vergütungsabschläge ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgebend. Bei Nachweis der Fortbildung innerhalb der Frist wird mit Beginn dieses Monats die ungekürzte Vergütung gezahlt.
- (5) Dem Leistungserbringer sowie dessen Personal ist es untersagt, für genehmigte Vertragsleistungen Zahlungen von dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten zu fordern oder anzunehmen.

## **§ 18**

### **Abrechnung gemäß § 302 SGB V**

- (1) Mit Umsetzung der für den Bereich der häuslichen Krankenpflege gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zum 01.06.1996 in Kraft getretenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" werden die dortigen Regelungen ohne weitere vertragliche Absprache für die Träger ambulanter Pflegedienste unmittelbar verbindlich und ersetzen die hierzu für das Abrechnungsverfahren nachfolgend in diesem Vertrag vorläufig getroffenen Vereinbarungen. Über den Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V wird die jeweilige Krankenkasse den Träger ambulanter Pflegedienste mindestens vier Wochen vor der Einführung schriftlich informieren. Jeder ambulante Pflegedienst hat in der Folge die Möglichkeit, ein erfolgreiches Erprobungsverfahren durchzuführen; dies gilt auch bei einer Änderung des Datenaustauschverfahrens.
- (2) Abrechnungsfähig sind Leistungen, sofern die in Rechnung gestellten Leistungen von den Krankenkassen genehmigt oder nach § 6 Abs. 6 der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V abrechnungsfähig sind, vom Leistungserbringer tatsächlich erbracht, ordnungsgemäß im Leistungs-/Durchführungsnachweis eingetragen und vom Versicherten gegengezeichnet wurden (§ 16).

Leistungen, die wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten nicht erbracht werden können, sind gegenüber den Krankenkassen nicht abrechnungsfähig. Gleiches gilt für Leistungen, die von hierzu nicht gemäß § 13 des Vertrages berechtigtem Personal erbracht werden.

- (3) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen.
- (4) Als Urbelege nach den Richtlinien gemäß § 302 SGB V gelten - vorbehaltlich einer Änderung der Richtlinien - die Leistungsnachweise und die vertragsärztlichen Verordnungen einschließlich der Genehmigungsvermerke der Krankenkassen. Die Urbelege sind in aufsteigender Reihenfolge der gelieferten Daten in der Sammelrechnung einzureichen. Auf allen Belegen sind der Name, der Vorname und die Versicherungsnummer des Versicherten zu verzeichnen. Wird die Genehmigungsnummer der Verordnung bei der Übermittlung der Daten angegeben, entfällt das Einreichen der Verordnungskopie. Der Versand erfolgt an die von der Krankenkasse benannte Stelle. Unterlagen, die der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden.
- (5) Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL ein Vergütungsanspruch besteht.
- (6) Für jeden ambulanten Pflegedienst ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, ein Institutionskennzeichen (IK) zu beantragen. Das IK des ambulanten Pflegedienstes ist im Rahmen der Abrechnung zu verwenden. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- (7) Die Abrechnungsdaten der Abrechnungsfälle richten sich nach der „Technischen Anlage“ (Anlage 1 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V)). Kann-Felder sind nur für solche Abrechnungsfälle anzugeben, für die dies in den Richtlinien vorgesehen ist. Absprachen zur Umsetzung des Datenträgeraustausches nach § 303 Abs. 1 SGB V sind möglich und entsprechend zu berücksichtigen.
- (8) Leistungen gemäß § 37 Abs. 1 SGB V und Leistungen gemäß § 37 Abs. 2 SGB V sind in getrennten Dateien abzurechnen.
- (9) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.
- (10) Die Krankenkasse gibt auf dem Überweisungsträger grundsätzlich die Nummer der Sammelrechnung an; Abweichungen gelten für Träger, die parallel Abrechnungen auch für andere Leistungssparten vornehmen. Über Kürzungen der Gesamtrechnung ist der ambulante Pflegedienst kurzfristig unter Angabe der Gründe schriftlich zu informieren.

- (11) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger des ambulanten Pflegedienstes können gegenüber demselben aufgerechnet werden. Eine Forderungsabtretung ist nur zu Abrechnungszwecken zulässig (s. § 302 Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- (12) Werden die den Krankenkassen nach 302 Abs. 1 SGB V zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

## **§ 19**

### **Abrechnung vor Umsetzung des § 302 SGB V**

- (1) Bis zum Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V erfolgt die Rechnungslegung entsprechend den Bestimmungen der nachfolgenden Absätze.
- (2) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Träger des ambulanten Pflegedienstes grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Kopien der vertragsärztlichen Verordnung einschließlich Genehmigungsvermerk der Krankenkasse und die Leistungsnachweise sind beizufügen. Abrechnungsfähig sind Leistungen, sofern die in Rechnung gestellten Leistungen von den Krankenkassen genehmigt oder nach § 6 Abs. 6 der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V abrechnungsfähig sind, vom Leistungserbringer tatsächlich erbracht, ordnungsgemäß im Leistungs-/Durchführungsnachweis eingetragen und vom Versicherten gegengezeichnet wurden (§ 16).

Leistungen, die wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten nicht erbracht werden können, sind gegenüber den Krankenkassen nicht abrechnungsfähig. Gleiches gilt für Leistungen, die von hierzu nicht gemäß § 13 des Vertrages berechtigtem Personal erbracht werden.

- (3) Die Rechnung muss folgende Mindestinhalte aufweisen:
- a) Krankenversichertennummer
  - b) Name und Vorname des Patienten
  - c) Geburtsdatum des Patienten
  - d) Anschrift des Patienten
  - e) Leistungszeitraum (von/bis)
  - f) Art der Leistung (z. B. Injektion)
  - g) Einzelpreis der Leistung
  - h) Anzahl der Leistungen
  - i) Gesamtbetrag

- j) Rechnungsnummer
  - k) Rechnungsdatum
  - l) Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
  - m) Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers, sofern vom Leistungserbringer abweichend.
- (4) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den ambulanten Pflegedienst maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle erfolgt.
  - (5) Werden Leistungen für Versicherte sowohl mit der Pflegekasse als auch mit der Krankenkasse abgerechnet, sollen die Rechnungen hintereinander sortiert eingereicht werden.
  - (6) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.
  - (7) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger des ambulanten Pflegedienstes können gegenüber demselben aufgerechnet werden. Eine Forderungsabtretung ist nur zu Abrechnungszwecken zulässig (s. § 302 Abs. 2 Satz 2 SGB V).
  - (8) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 6 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder unter Angabe von Gründen zur Berichtigung innerhalb von 20 Arbeitstagen zurückgegeben werden

## **§ 20**

### **Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen**

- (1) Sofern die Abrechnung von dem Träger eines ambulanten Pflegedienstes einer Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle übertragen werden soll, hat der Träger unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle auszuwählen.
- (2) Der ambulante Pflegedienst ist verpflichtet, von allen Versicherten schriftliche Einwilligungserklärungen für die Datenweitergabe an die Abrechnungsstelle einzuholen. Die Einwilligungserklärungen sind der Krankenkasse und der Abrechnungsstelle auf Verlangen vorzulegen.
- (3) Die Abtretung ist vier Wochen vorher anzuzeigen. Zahlungen an eine durch den Träger des ambulanten Pflegedienstes ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle set-

zen voraus, dass der zuständigen Krankenkasse der Vertrag und eine Ermächtigungserklärung des Trägers des ambulanten Pflegedienstes vorliegen. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den rechtzeitigen Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Eine Bestätigung des Widerrufs (Kündigung) durch die bisherige ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle ist der Krankenkasse spätestens mit Eingang der Rechnungen vorzulegen, die an die neue Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gezahlt werden sollen.

- (4) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes verpflichtet sich, seine Forderungen gegen die Krankenkassen nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit die Krankenkassen gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungsansprüche) oder sonstiger Forderungen hat. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der Krankenkassen ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Krankenkassen aufgrund der Bestimmungen des § 354a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt sind, gegenüber dem Abrechnungszentrum die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Träger des ambulanten Pflegedienstes aufzurechnen.
- (5) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Trägers des ambulanten Pflegedienstes vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Träger des ambulanten Pflegedienstes mit einem Rechtsmangel behaftet ist, bzw. Absatz 3 Satz 3 nicht erfüllt wurde. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften Träger des ambulanten Pflegedienstes und Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.
- (6) Für Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen gelten die §§ 18, 19 entsprechend. Mit etwaigen Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen wird der Träger des ambulanten Pflegedienstes diesbezügliche Absprachen treffen.

## **§ 21**

### **Zahlungsfrist, Beanstandungen, Verjährung**

- (1) Die Krankenkasse bezahlt dem ambulanten Pflegedienst, der sich im Echtverfahren des Datenträgeraustausches gemäß § 302 Abs. 2 SGB V befindet, die Rechnung innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse bzw. der von ihr beauftragten Stelle. Bei Rechnungskürzungen gilt dies auch für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (2) Bis zur Umsetzung der für den Bereich der häuslichen Krankenpflege gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zum 01.06.1996 in Kraft getretenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen sind die Rechnungen - vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung sowie der Regelung nach § 19 Abs. 8 - innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse zu bezahlen. Bei Rechnungskürzungen gilt dies auch für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der

Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.

- (3) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können von dem Träger des ambulanten Pflegedienstes innerhalb von 3 Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.

## **§ 22 Werbung**

Werbemaßnahmen des Trägers des ambulanten Pflegedienstes dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen.

## **§ 23 Datenschutz, Schweigepflicht**

- (1) Personenbezogene Daten (Sozialdaten) darf der Träger des ambulanten Pflegedienstes nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- (2) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes verpflichtet sich ferner, über alle bei der Durchführung des Vertrages erlangten Sozialdaten von Versicherten und sonstigen Dritten, insbesondere über medizinische und pflegerische Daten Stillschweigen zu bewahren. Ausgenommen hiervon sind die zur Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen Krankenkasse. Im Übrigen hat der Träger des ambulanten Pflegedienstes die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen sicherzustellen.
- (1) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes ist verpflichtet, die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 auch den eingesetzten Pflegekräften bekannt zu geben und deren Beachtung durch diese in geeigneter Weise (z. B. durch Hinweis im Arbeitsvertrag und/oder wiederkehrende Belehrungen) sicherzustellen.

## **§ 24 Maßnahmen bei Vertragsverstößen**

- (1) Verletzt der Träger des ambulanten Pflegedienstes seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten, können die Verbände/Krankenkassen gemeinsam oder einzeln nach Anhörung des Trägers des betroffenen ambulanten Pflegedienstes (§ 24 SGB X) über geeignete Maßnahmen entscheiden. Als Maßnahmen kommen in Betracht:
  - a) Auflagen
  - b) Verwarnung

c) Vertragsstrafe als Geldbetrag bis zu 15.000,-- EUR unabhängig davon, wie viele Verbände die Maßnahme verhängen

d) Außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 25

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes kann seinen Spitzenverband hinzuziehen. Die Entscheidung wird dem Träger des ambulanten Pflegedienstes schriftlich mitgeteilt.

(2) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. § 21 Absatz 3 gilt in diesen Fällen nicht.

## **§ 25**

### **Außerordentliche Kündigung**

(1) Das Vertragsverhältnis kann von den Krankenkassen gemeinsam oder einzeln gegenüber dem Träger eines ambulanten Pflegedienstes ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Träger des ambulanten Pflegedienstes seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Patienten oder deren Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist.

Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:

a) Wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen die der Qualitätssicherung dienenden Pflichten gemäß § 10 des Vertrages

b) Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen

c) Pflichtverletzungen, derentwegen Patienten zu Schaden kommen

d) Geltendmachung bzw. Annahme von Zahlungen der Patienten für Vertragsleistungen

e) Zahlungen oder Annahme von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisungen von Patienten oder Vermittlung von Aufträgen

f) Vorquittierung von nicht erbrachten Leistungen

g) Schwerwiegenden Verstößen gegen § 9 Absatz 2 des Vertrages

h) Wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen

(2) Das Vertragsverhältnis ist von den Krankenkassen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Träger des ambulanten Pflegedienstes innerhalb der Nachweisfrist (§ 11 Abs. 3) die fehlenden Fortbildungsmaßnahmen nicht nachholt.

(3) Der Träger des ambulanten Pflegedienstes kann bei Änderungen/Ergänzungen dieses Vertrages das Vertragsverhältnis innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Änderung/Ergänzung gegenüber den zuständigen Stellen (§ 3 Abs. 1) mit sofortiger Wirkung kündigen.

## **§ 26**

### **Vertragsausschuss**

- (1) Zur Klärung von Zweifelsfragen sowie der Beilegung von Meinungsverschiedenheiten bei der Durchführung des Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet. Dem Vertragsausschuss gehören Vertreter der Spitzenverbände einerseits sowie Vertreter der Verbände der Krankenkassen andererseits mit gleicher Stimmenzahl an. Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Vertragsausschuss einzuberufen.
- (1) Soweit die Anwendung dieses Vertrages durch eine Krankenkasse aus Sicht eines Trägers eines ambulanten Pflegedienstes oder eines Spitzenverbandes nicht mit den Regelungen dieses Vertrages in Einklang steht, soll zunächst eine Klärung mit der betroffenen Krankenkasse oder - soweit erforderlich - ihrem Verband herbeigeführt werden. Sofern sich hierbei eine Verständigung nicht erzielen lässt, kann der Spitzenverband den Vertragsausschuss einberufen.
- (3) Die Beratung über Maßnahmen bei Vertragsverstößen nach § 24 obliegt nicht dem Vertragsausschuss.

## **§ 27**

### **Schiedsperson**

- (1) Kommt eine Einigung nach § 132a Abs. 2 Satz 1 bis 5 SGB V binnen drei Monaten nach Zugang der schriftlichen Aufforderung zu Vertragsverhandlungen nicht zu Stande und werden die Verhandlungen von einer Vertragspartei als gescheitert erklärt, kann der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson festgesetzt werden.
- (2) Die Schiedsperson ist für jedes Festsetzungsverfahren neu zu bestellen. Kommt zwischen den Vertragspartnern keine Einigung über die nach Satz 1 zu bestellende Schiedsperson innerhalb von sechs Wochen nach Beginn der hierzu aufgenommenen Gespräche zu Stande, ist diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu bestimmen. Das Amt beginnt, wenn sich die Schiedsperson gegenüber den Vertragspartnern schriftlich zur Amtsübernahme bereit erklärt hat. Das Amt endet, wenn die Vertragsfestsetzung verbindlich geworden ist.
- (3) Die Schiedsperson wird auf Antrag eines der an Ihrer Bestellung beteiligten Vertragspartners tätig; sie hat die verfahrensbeteiligten Vertragspartner jeweils mit einer Frist von mindestens vier Wochen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufzufordern und zu einer ersten mündlichen Anhörung einzuladen. Im Anhörungstermin hat sie auf eine gütliche Einigung hinzuwirken. Falls eine solche nicht innerhalb von vier Wochen zu Stande kommt, unterbreitet die Schiedsperson im Anschluss an einen weiteren gemeinsamen Anhörungstermin einen schriftlichen Einigungsvorschlag. Wird der Einigungsvorschlag von den Vertragspartnern nicht innerhalb von vier Wochen nach seinem Zugang angenommen, bestimmt die Schiedsperson einen Termin zur mündlichen Verhandlung zur Festsetzung der Vertragsinhalte. Mit Einverständnis der Vertragspartner kann die Schiedsperson ohne mündliche Verhandlung den Vertragsinhalt innerhalb einer Frist von vier Wochen festsetzen.

- (4) Bei der Vertragsfestsetzung ist die Schiedsperson an die von den Verfahrensbeteiligten gestellten Anträge gebunden. Vertragsinhalte und Vergütungssysteme, die bisher nicht Gegenstand des Vertrages waren, sind nur dann Gegenstand einer Festsetzung, wenn diese Bestandteil der gescheiterten Verhandlungen sind oder wenn die Vertragspartner insoweit ihr Einverständnis erklären.
- (5) Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Die eigenen Kosten der Vertragspartner tragen diese selbst.

## **§ 28**

### **Beendigung, Kündigung der Einzelvertragsbeziehung**

- (1) Das durch Beitritt zum Vertrag zustande gekommene Vertragsverhältnis endet, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf,
  - a) mit Einstellung des Geschäftsbetriebes,
  - b) mit dem Wechsel der Trägerschaft des Pflegedienstes (z. B. durch Veräußerung des Pflegedienstes).
- (2) Ein zur Beendigung des Vertrages führender Trägerwechsel der Einrichtung liegt nicht vor: bei Übertragung von Gesellschaftsanteilen, der Aufnahme neuer Gesellschafter oder dem Ausscheiden von bisherigen Gesellschaftern aus dem Träger. Im Übrigen liegt auch kein Beendigungstatbestand vor, wenn der Dienst/der Träger lediglich seinen Namen ändert oder seinen Geschäftssitz bei unverändertem Einzugsbereich verlegt.
- (3) Die Beendigung der Mitgliedschaft eines Trägers eines ambulanten Pflegedienstes in seinem Spitzenverband führt zur Beendigung der mit ihm gemäß §§ 2 und 3 des Vertrages zustande gekommenen Vertragsbeziehung. Das Ende der Vertragsbeziehungen tritt in diesem Fall mit Ablauf des auf die Beendigung der Mitgliedschaft folgenden Kalendermonats ein, ohne dass es hierzu einer gesonderten Kündigung durch die jeweilige Krankenkasse bedarf. Die Spitzenverbände verpflichten sich, die Krankenkassen (zuständige Stellen nach § 3 Abs. 1) unverzüglich über das Ende der Mitgliedschaft eines Trägers eines ambulanten Pflegedienstes und dessen Zeitpunkt zu informieren. Diese Verpflichtung gilt auch für den Träger des ambulanten Pflegedienstes.
- (4) Die gemäß §§ 2 und 3 des Vertrages begründeten Vertragsbeziehungen können sowohl von den Trägern der ambulanten Pflegedienste als auch von den Krankenkassen jeweils mit einer sechsmonatigen Frist zum Ende eines Kalenderhalbjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (5) Liegt eine der Beitrittsvoraussetzungen nicht mehr vor, kann das Vertragsverhältnis von der Krankenkasse bzw. den Verbänden mit einer dreimonatigen Frist zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.

## **§ 29**

### **Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages**

- (1) Der Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am 01.10.2015 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.04.2010. Die Vertragsparteien werden jeweils ihren Untergliederungen

über das Zustandekommen dieses Vertrages unmittelbar informieren. Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderhalbjahres durch eingeschriebenen Brief schriftlich gekündigt werden. Er kann einzeln von jedem Spitzenverband gegenüber jedem Verband sowie von jedem Verband gegenüber jedem Spitzenverband gekündigt werden. Die Kündigung des Vertrages durch einen Verband oder einen Spitzenverband gegenüber einer Vertragspartei lässt die Wirksamkeit für die übrigen Vertragspartner unberührt.

- (2) Die nach Absatz 1 ausgesprochene Kündigung erstreckt sich sowohl auf die in der Anlage 3 zu diesem Vertrag getroffene Vergütungsvereinbarung sowie auf alle sonstigen zu diesem Vertrag ergänzend getroffenen Vertragsabreden.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 3 kann nach der dort getroffenen Regelung unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung werden die bisherigen Preise als Abschlagszahlung zugrunde gelegt.
- (4) Mit Wirksamwerden der Kündigung des Vertrages sowie in Fällen seiner einvernehmlichen Beendigung enden zugleich alle zwischen den Krankenkassen und den Trägern der ambulanten Pflegedienste unterhaltenen Vertragsbeziehungen, die auf der Grundlage des beendeten Vertrages begründet worden sind. Soweit Leistungen im Einverständnis der Krankenkasse erbracht werden, gelten die Vertragsinhalte bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Diese Regelung gilt nur für Pflegedienste, die bis zum Auslaufen des Vertrages dem Vertrag nach § 3 beigetreten waren.

### **§ 30 Überleitungsregelung**

Soweit mit Trägern von ambulanten Pflegediensten zum Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V vom 01.04.2010 eine Vertragsbeziehung nach dieser bis dahin geltenden Vereinbarung bestand, erklären sich die vertragsschließenden Krankenkassen unter Verzicht auf die für den Vertragsabschluss gemäß des § 3 Abs. 4 vorgesehene Prüfung der Beitrittsvoraussetzungen zu einer Neuaufnahme der Vertragsbeziehungen bereit. Die Vertragsbeziehungen zu den am Vertrag vom 01.04.2010 teilnehmenden Pflegediensten gelten vom 01.10.2015 an nach diesem Vertrag, sofern der Träger des ambulanten Pflegedienstes innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung seinen Beitritt durch Abgabe einer rückwirkenden Anerkennniserklärung gemäß Anlage 1a über den für ihn zuständigen Spitzenverband bei der nach § 3 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Stelle einreicht. Diese Überleitungsregelung entbindet die Pflegedienste nicht von der Verpflichtung der Erfüllung aller vertraglichen Voraussetzungen.

### **§ 31 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Be-

stimmung soll dann eine Vereinbarung treten, die dem Zweck, der mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt wird, am nächsten kommt.

## **§ 32 Änderung des Vertrages**

Änderungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

### **Protokollnotiz zu § 5 Absatz 5:**

Der Nachweis, dass sich ein Pflegedienst auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert hat, die zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 53 SGB XII gehören, erfolgt durch Vorlage einer abgeschlossenen Leistungs- und Prüfungsvereinbarung gem. §§ 75 ff. SGB XII.

Aachen, Bielefeld, Bochum, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Essen, Kassel, Köln, Münster,  
Paderborn, Wuppertal, den 01.10.2015

---

Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Mittelrhein e.V.

---

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

---

Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Niederrhein e.V.

---

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse

---

Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V.

---

IKK classic

---

Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.

---

Knappschaft

---

Caritasverband für das  
Bistum Aachen e.V.

---

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau

---

Caritasverband für das  
Bistum Essen e.V.

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

---

Diözesan-Caritasverband für das  
Erzbistum Köln e.V.

---

Caritasverband für die  
Diözese Münster e.V.

---

Caritasverband für das  
Erzbistum Paderborn e.V.

---

Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Landesverband NRW e.V.

---

Deutsches Rotes Kreuz  
Landesverband Nordrhein e.V.

---

Deutsches Rotes Kreuz  
Landesverband Westfalen-Lippe e.V.

---

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

---

Landesverband der Jüdischen  
Gemeinden von Nordrhein

---

Landesverband der Jüdischen  
Gemeinden von Westfalen-Lippe