

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 SGB V

zwischen

den in der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen zusammengeschlossenen Verbänden, und zwar

- Caritasverbände in Niedersachsen, vertreten durch den Caritasverband der Diözese Hildesheim e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen, vertreten durch das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband Niedersachsen e.V.
- Diakonische Werke in Niedersachsen, vertreten durch das Diakonische Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.
- Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeiterwohlfahrt Niedersachsen e.V.
- Paritätischer Niedersachsen e.V.,

den in der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zusammengeschlossenen Trägerverbänden, und zwar dem

- Niedersächsischer Landkreistag e.V.
- Niedersächsischer Städtetag e.V.
- Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund e.V. ,

den in der Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen zusammengeschlossenen Trägerverbänden, und zwar

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen Landesverband Niedersachsen e.V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Landesverband Nordwest e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V.

einerseits

und

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*,
- dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen,
- dem IKK - Landesverband Nord - Vertretung Niedersachsen
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen*,
- der Knappschaft - Verwaltungsstelle Hannover,
- dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) - Landesvertretung Niedersachsen,
- dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. - Landesvertretung Niedersachsen

andererseits.

* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Kapitel I

- Gegenstand der Vereinbarung

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand der Vereinbarung ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit häuslicher Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1 SGB V, häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 und Satz 6 SGB V sowie die Vergütungsstruktur und Abrechnung dieser Leistungen. Die Vereinbarung regelt insbesondere

- Gegenstand der Vereinbarung (Kapitel I, § 1)
- Eignung des Leistungserbringers (Kapitel II, §§ 2 bis 7)
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel III, §§ 8 bis 10)
- Leistungserbringung und Abrechnung (Kapitel IV, §§ 11 bis 16)
- Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson (Kapitel V, §§ 17 bis 20)
- Inkrafttreten (Kapitel VI, §§ 21 bis 25)

Kapitel II

- Eignung des Leistungserbringers

§ 2

Allgemeine Voraussetzungen

(1) Ein Krankenpflagedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage sein muss, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Er muss über eigene, von anderen Räumen getrennte, in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen und ständig, ggf. über einen Kooperationspartner, erreichbar sein.

(2) Zur Klärung der Frage, welche Organisationseinheiten in derselben Trägerschaft eigenständig und somit verpflichtet sind, alle Anforderungsmerkmale dieser Vereinbarung zu erfüllen, gelten die nachfolgend aufgeführten Begrifflichkeiten:

- Filiale

Eine Filiale ist eine eigenständige Organisationseinheit. Als Filiale eines Trägers führt sie die gleichen Geschäfte wie der zugelassene Krankenpflagedienst, von dem sie unabhängig existiert und auf dem Pflegemarkt agiert. Sie organisiert und plant die Pflegeeinsätze, es finden Dienstbesprechungen statt. Die Filiale präsentiert sich mit gezielter Außendarstellung und aktiver Werbung in der Öffentlichkeit und führt ihre Geschäftstätigkeit selbständig. Für die Filiale ist mit der Anlage 4 der Nachweis der Zulassung zu führen.

- Anlaufstelle

Diese Organisationseinheit ist unselbständig und in jeder Hinsicht abhängig von der „Mutter“, hier dem zugelassenen Krankenpflagedienst. Sie dient ausschließlich der Optimierung der inneren Arbeitsabläufe (zum Beispiel Schlüsselverwaltung, Lagerung von Pflegehilfsmitteln).

Die Anlaufstelle verfügt weder über eine eigene Verwaltung noch über ein eigenes Institutionskennzeichen. Ebenfalls finden in der Anlaufstelle keine Dienstbesprechungen statt, es gibt keine gezielte Außendarstellung und keine offizielle Geschäftstätigkeit (z.B. keine von der Außenstelle ausgehende aktive Werbung in oder mit der Örtlichkeit). In der Anlaufstelle wird Pflege nicht übergeordnet organisiert, d.h. z.B. die Pflegeeinsätze werden hier nicht geplant. Dies geschieht am Sitz des zugelassenen Krankenpflegedienstes durch die verantwortliche Pflegefachkraft. Lediglich die konkrete Umsetzung der angewiesenen Pflegeeinsätze (Feinplanung) geht von der Anlaufstelle aus. Eine Anlaufstelle hat keinen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung.

- Beratungsstelle

Eine Beratungsstelle kann im Rahmen der allgemeinen Sozialberatung auch Pflegeberatung erbringen. Es handelt sich nicht um eine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Eine Beratungsstelle kann in Verbindung mit einer Anlaufstelle betrieben werden, z.B. durch die Nutzung gemeinsamer Räumlichkeiten. Mischformen von Beratungsstellen und Filialen sind ebenfalls möglich.

§ 3

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Träger des Krankenpflegedienstes, im folgenden Leistungserbringer genannt ist verpflichtet, folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:
- aktuelle Patienten-/Pflegedokumentation gem. § 8 Abs. 4,
 - Mitarbeiterdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen,
 - eigenständiger Telefonanschluss sowie Telefaxgerät,
 - geeignetes Kraftfahrzeug.
- (2) Der Leistungserbringer hat bei Antragstellung folgendes nachzuweisen:
- die beteiligten Gesellschafter,
 - polizeiliche Führungszeugnisse, auch für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung (haben vorzuliegen und können eingesehen werden),
 - Beitritt zur zuständigen Berufsgenossenschaft,
 - Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die jährlich an die Betriebsgröße (Durchschnittszahl der Mitarbeiter und Jahreslohn- und -gehaltssumme) angepasst wird.

§ 4

Praxis- und Betriebseinrichtung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, für die Akutversorgung folgende Sachmittel vorzuhalten:
- Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Scheren, Desinfektionsmittel, Händedesinfektionsmittel, sterile Handschuhe,
 - Blutzuckermessgerät,
 - Darmrohr, Irrigator mit Zubehör und Klyisma,
 - Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandsmaterial,
 - Steckbecken, Urinflasche mit Halter,

- Krankenunterlagen, Windeln und Zellstoff,
- Einmal- und Dauerblasenkatheter, Kathetersets und Urinbeutel,
- Kochsalzlösungen in den üblichen Konzentrationen und destilliertes Wasser

Alle in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

§ 5

Personelle Voraussetzungen

- (1) Als Personal gem. §§ 6 und 7 Abs.1 sind insgesamt Kräfte mit mindestens 115,5 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit zu beschäftigen.
- (2) Die Krankenpflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass bei Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.
- (4) Der Einsatz freiberuflich tätiger Pflegekräfte ist ausgeschlossen.

§ 6

Fachliche Leitung

- (1) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die
 - a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ oder dreijährig ausgebildete „Altenpflegerin / Altenpfleger“- entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen,
 - b) über eine mindestens zweijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit, davon in der Regel mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich, nach erteilter Erlaubnis nach a) innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung in dem Beruf nach a) verfügen, § 71 Abs. 3, Satz 3 bis 5 SGB XI gilt entsprechend,
 - c) in dem Krankenpflagedienst hauptberuflich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sind. Hauptberuflichkeit in diesem Sinne setzt bei der verantwortlichen Pflegefachkraft eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden und bei ihrer Stellvertretung von mindestens 20 Stunden voraus. Die Voraussetzung der Sozialversicherungspflicht gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter im jeweiligen Krankenpflagedienst hauptberuflich tätig sind,
 - d) den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder den Abschluss eines Studiums im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität nachweisen. Beim Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers im Einzelfall Ausnahmen zugelassen werden.
 - e) Bei Ausscheiden oder dauerhaftem Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft ist die Stelle unverzüglich neu zu besetzen. Erfüllt die neue verantwortliche Pflegefachkraft noch nicht die

Voraussetzungen nach d) ist hierfür im Einzelfall eine Übergangsregelung mit den Vertragspartnern zu treffen. Mit der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen sollte spätestens sechs Monate nach Aufnahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft begonnen worden sein.

(2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gem. Abs. 1 a) bis c) zu erfüllen.

§ 7

Pflegekräfte

(1) Zusätzlich sind mindestens zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger, Krankenpflegehelferin/-helfer) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt mindestens 45 Stunden zu beschäftigen.

(2) Vertretungspersonal (Krankheit, Urlaub), das die Qualifikation gem. Abs.1 erfüllt, ist sicherzustellen.

(3) Pflegekräfte mit einer anderen als in Abs.1 genannten Qualifikation können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, für die sie nach ihrer Ausbildung qualifiziert sind.

(4) Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können für Versicherte, bei denen die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI vorliegen und diese gleichfalls eine Leistung nach § 36, § 38 oder § 39 SGB XI beziehen, Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Abs. 5 verfügen. Diese Pflegekräfte können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

Inhalationen, Einreibungen, Kälteträger auflegen, Dermatologische Bäder, Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose ab Klasse II an- bzw. ausziehen sowie Medikamente verabreichen/eingeben.

(5) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte nach Abs. 4 entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für

- die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung (materielle Qualifikation),
- die Delegation der Pflegemaßnahmen,
- die regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität, bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.

Das notwendige Können umfasst das Beherrschen der selbständigen Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme.

Zur Feststellung der Eignung überprüft die verantwortliche Pflegefachkraft, ob die jeweilige behandlungspflegerische Maßnahme von der Pflegekraft durchgeführt werden kann. Die Pflegekraft hat zu bestätigen, ob sie die jeweilige Maßnahme durchführen kann.

Über die Feststellung der materiellen Qualifikation führt der Pflegedienst einen Nachweis mit folgenden Inhalten (dieser ist den Krankenkassen auf Anforderung vorzulegen):

- Benennung der Maßnahme
- Name und Unterschrift der Pflegekraft
- Vermittlung von Wissen und Können
- Feststellung der Eignung
- Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Datum der Feststellung

(6) Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung kann von Pflegekräften ohne formale Qualifikation unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft durchgeführt werden.

Kapitel III

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung

§ 8

Qualitätssicherung

(1) Die häusliche Krankenpflege ist sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Sie ist ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und krankenpflegerischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer berät den Versicherten und die im Haushalt lebende Person über die Bestimmungen des § 37 Abs. 3 SGB V. Die Annahme und Ausführung ärztlich verordneter Maßnahmen ist nur gestattet, wenn die Erbringung jeder einzelnen bewilligten Leistung in vollem Umfang gewährleistet ist.

(2) Der Leistungserbringer erklärt und weist bei Antragstellung und danach auf Anfrage gegenüber der Krankenkasse nach, dass er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt. Ein personeller Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. ihrer Vertretung wird der Krankenkasse unverzüglich angezeigt.

(3) Der Leistungserbringer hat dafür zu sorgen, dass die Weiterführung der häuslichen Krankenpflege auch bei Abwesenheit durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub unter der Verantwortung einer Pflegefachkraft gemäß § 6 gesichert ist.

(4) Der Leistungserbringer hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Sie ist beim Pflegebedürftigen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Pflegebedürftigen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Leistungserbringer zu führen.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Rahmen seiner personellen Kapazitäten die häusliche Krankenpflege gegenüber allen Versicherten der vertragschließenden Krankenkassen zu erbringen.

(6) Stellt der Leistungserbringer fest, dass Hilfsmittel erforderlich sind, informiert er hierüber die Krankenkasse, die das Weitere veranlasst.

(7) Kann die Durchführung oder das Ziel der häuslichen Krankenpflege aus medizinischen, krankenpflegerischen oder sozialen Gründen nicht mehr gewährleistet werden, ist die Krankenkasse unverzüglich zu informieren.

§ 9

Fort- und/oder Weiterbildung

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Fachlichkeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und aller in der häuslichen Krankenpflege Beschäftigten, die länger als ein Jahr bei dem Krankenpflagedienst tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fort- und/oder Weiterbildungsmaßnahmen sicherzustellen. Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Stand der häuslichen Krankenpflege vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.

(2) Der Umfang der Fort- und/oder Weiterbildungen beträgt durchschnittlich 20 Zeitstunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren.

(3) Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen oder einen vertragschließenden Landesverband der Krankenkassen im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch Leistungserbringer. In diesem sind die Vor- und Nachnamen der Beschäftigten, Thema, Umfang - in Zeitstunden - und die Termine der Fort- und/oder Weiterbildungen aufzuführen. In begründeten Fällen können auch über den Nachweiszeitraum hinaus Nachweise oder Teilnahmebescheinigungen angefordert werden.

(4) Kommt der Leistungserbringer seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird durch Bescheid des im Sinne des Absatz 3 auffordernden Vereinbarungspartners eine Nachfrist von mindestens sechs Monaten gesetzt. Innerhalb der Nachfrist ist jede Krankenkasse berechtigt, die Vergütung ab dem der Zustellung des Bescheides folgenden Monatsersten bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die nachgeholten Fortbildungen um 10 % des Umsatzes im Leistungsbereich SGB V zu kürzen, der dem Anteil der nicht ausreichend fortgebildeten MitarbeiterInnen (in VZ-Stellen) entspricht. Im Wiederholungsfall verdoppelt sich der Prozentsatz nach Satz 2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Rechnungsempfängern bei Rechnungslegung die festgestellte Kürzung anzuzeigen. Die nachgeholten Fort- und/oder Weiterbildungen werden auf die nach Absatz 2 erforderlichen laufenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen nicht angerechnet.

(5) Wird der Nachweis nicht bis zum Ablauf der Nachfrist geführt, ist der Beitritt zu beenden.

§ 10

Qualitätsprüfungen

Qualitätsprüfungen in Krankenpflagediensten werden nach § 112 und §§ 114 ff SGB XI durchgeführt. Die Pflegeanamnese in der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs.2 SGB V fließt nicht als Bestandteil in die o.g. Qualitätsprüfungen ein.

Kapitel IV

- Leistungserbringung und Abrechnung

§ 11

Erbringung der Leistungen

(1) Der Krankenpflagedienst erbringt die vertraglichen Leistungen (Anlage 1) in eigenem Namen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen.

(2) Die Annahme von Krankenpflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist nicht zulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Krankenpflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

(3) Häusliche Krankenpflege kann vom Leistungserbringer erbracht werden, soweit eine im Haushalt des Versicherten lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Die Erbringung der Leistung setzt das Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung und einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse voraus. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflagedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

§ 12

Art, Umfang und Nachweis der Leistungen

(1) Die erbrachten Leistungen müssen durch einen Leistungsnachweis dokumentiert werden. Der Leistungsnachweis muss folgende Mindestangaben enthalten:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Krankenpflagedienstes
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers
- Art und Anzahl der verordneten und genehmigten, tatsächlich erbrachten Leistungen
- Tag und Uhrzeit des Einsatzbeginns
- Handzeichen der Pflegekraft pro Einsatz
- Zeitnahe, mindestens einmal wöchentliche Unterschrift des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/der im Haushalt des Versicherten lebt. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu kennzeichnen und zu begründen sind, genügt die Unterschrift des Leistungserbringers

(2) Bei edv-gestützter Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. In diesen Fällen genügt die Unterschrift des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/der im Haushalt des Versicherten lebt, einmal monatlich auf dem Leistungsnachweis. Dies kann auch in Form einer „fortgeschrittenen Signatur“ gem. Signaturgesetz erfolgen. Das Handzeichen der Pflegekraft kann auch per EDV erstellt werden. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis durch Unterschrift bestätigt.

§ 13

Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen und Beanstandungen

- (1) Die Rechnungen sind bei der Krankenkasse monatlich einzureichen. Bei beendeten Leistungsfällen kann davon abgewichen werden.
- (2) Der Rechnung ist der Leistungsnachweis nach § 12 beizufügen.
- (3) Der Leistungserbringer hat für den Abrechnungsverkehr sein Institutionskennzeichen zu verwenden. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- (4) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die Unterlagen zur Prüfung zurückgeben. Beanstandete Rechnungen, die in Teilen unstrittig sind, sind insoweit zu begleichen. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung im Sinne des § 823 BGB vor.
- (5) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 3 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle /Verrechnungsstelle anlässlich der Abrechnungen die Krankenkasse, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle /Verrechnungsstelle (vgl. § 278 BGB). Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle /Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.

§ 14

Zahlungsfrist

Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

§ 15

Datenträgeraustausch

- (1) Die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (2) Abweichend von § 14 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Tage.

Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer Abrechnungsformulare verlängert sich die Frist auf vier Wochen (vgl. § 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V).

§ 16

Vergütung der Leistungen

- (1) Die ausgeführten Leistungen werden nach der Struktur der Anlage 2 vergütet. Die Höhe der Vergütung regelt eine eigenständige Vergütungsvereinbarung.
- (2) Zahlungen oder Zuzahlungen zu den von der Krankenkasse bewilligten Leistungen dürfen weder von den Anspruchsberechtigten noch von deren Angehörigen gefordert oder angenommen werden.
- (3) Die Regelungen über die Laufzeit und die Kündigung der Vergütungsvereinbarung können von den Regelungen in § 23 abweichen.

Kapitel V

- Datenschutz, Vertragsverstöße, Meinungsverschiedenheiten, Schiedsperson

§ 17

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten.

§ 18

Vertragsverstöße

- (1) Besteht der Verdacht eines Vertragsverstoßes, so teilt der jeweils Betroffene dies dem Vertragspartner mit, benennt den Verdachtsgrund und den Bezugsfall und gibt dem Vertragspartner Gelegenheit, binnen zwei Wochen hierzu schriftlich Stellung zu nehmen. Innerhalb dieser Frist kann der Vertragspartner die zum Verdacht führenden Unterlagen einsehen.
- (2) Bei konkreten Anhaltspunkten für einen Vertragsverstoß setzen sich die Vertragspartner miteinander in Verbindung, um anhand der dazugehörigen Originalunterlagen, Belege und Bescheinigungen den Sachverhalt aufzuklären. Dies kann auch in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers geschehen, wenn der Betriebsinhaber bzw. sein Vertreter oder der Geschäftsführer anwesend ist. Auf Wunsch eines Vertragspartners ist dessen Verband zu beteiligen.

(3) Handelt der Leistungserbringer entgegen seinen vertraglichen Pflichten, so kann die Krankenkasse ihn abmahnen. Die Abmahnung ist schriftlich vorzunehmen und zu begründen. Schadenersatzansprüche der Krankenkasse bleiben unberührt.

(4) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen kann die Krankenkasse die Beteiligung des Leistungserbringers an der Vereinbarung ihr gegenüber ohne Einhaltung von Fristen beenden. Die Beendigung des Beitritts ist dem vertragschließenden Verband anzuzeigen.

§ 19

Beilegung von Meinungsverschiedenheiten

(1) Zur Regelung von Meinungsverschiedenheiten aus dieser Vereinbarung wird ein Einigungsausschuß gebildet. Die Höhe der Vergütungen sind nicht Gegenstand des Einigungsausschusses.

(2) Der Einigungsausschuss ist paritätisch besetzt. Er besteht aus je vier Mitgliedern der Verbände der Leistungserbringer und der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen. Er gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 20

Regelungen zur Schiedsperson

(1) Kommt zwischen den Vereinbarungspartnern keine Einigung über die Inhalte dieses Vertrages und die Vergütung der Leistungen zustande, verständigen sich die Vereinbarungspartner auf ein Verfahren zur Bestellung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132 a Abs. 2 Satz 6 SGB V, die dann diesen Vertragsinhalt festlegt. Die unabhängige Schiedsperson soll die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen.

(2) Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von den für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt. Für diesen Fall stimmen die Vertragsparteien darin überein, dass Abs. 1 Satz 2 gilt.

Kapitel VI - Inkrafttreten

§ 21

Beitritt zur Vereinbarung

(1) Die Vereinbarung gilt, soweit sie für einen Vereinbarungspartner nicht unmittelbare Wirkung entfaltet, für die Krankenkassen und Leistungserbringer, die ihr durch schriftliche Erklärung gegenüber ihrem jeweiligen vereinbarungsschließenden Verband beitreten.

(2) Der Leistungserbringer weist gegenüber den Krankenkassen nach, daß er die Voraussetzungen der Vereinbarung und deren Anlagen erfüllt (Anlage 4).

(3) Der Beitritt nach Absatz 1 wird wirksam, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nachgewiesen sind.

(4) Jeder Vereinbarungspartner listet die der Vereinbarung ihm gegenüber Beigetretenen auf und stellt die Liste den übrigen Vereinbarungspartnern zur Verfügung. Veränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

§ 22

Beendigung des Beitritts

(1) Eine Krankenkasse oder ein Leistungserbringer können den Beitritt mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich widerrufen.

(2) Die Krankenkasse kann den Beitritt eines einzelnen Leistungserbringers aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beenden, wenn Tatsachen vorliegen, die unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen der Beteiligten die Fortsetzung unzumutbar machen. Die Beendigung des Beitritts ist dem vertragschließenden Verband anzuzeigen.

(3) Ein Leistungserbringer kann seinen Beitritt gegenüber einzelnen Krankenkassen aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beenden, wenn Tatsachen vorliegen, die unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen der Beteiligten die Fortsetzung unzumutbar machen. Die Beendigung des Beitritts ist dem vertragschließenden Verband anzuzeigen.

(4) Bei einer Beendigung des Beitritts nach Abs. 2 und 3 endet die Vergütungsvereinbarung an dem Tag, an dem die Beendigung des Beitritts rechtswirksam wird.

§ 23

Vereinbarungsdauer

(1) Diese Vereinbarung tritt mit ihren Anlagen am 01.03.2008 in Kraft.

(2) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 12 Monaten zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

(3) Teilkündigungen einzelner Kapitel oder Anlagen sind mit der Frist nach Abs. 2 möglich. Die Teilkündigung einer Vereinbarungspartei berechtigt die übrigen Vereinbarungsparteien zur Kündigung der Vereinbarung mit einer verkürzten Frist von 6 Monaten zu dem Tag, an dem die Teilkündigung wirksam wird.

(4) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen der Vereinbarung und ihrer Anlagen treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.

§ 24

Überleitungsklausel

Auf der Grundlage der Regelung des § 132a Abs. 1 SGB V entwickeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Bundesverbänden der Leistungsanbieter eine Rahmenempfehlung zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Nachdem diese Rechtskraft erlangt hat, verpflichten sich die Vereinbarungspartner, evtl. Anpassungen vorzunehmen. Einer Kündigung bedarf es hierzu nicht.

§ 25

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vereinbarungspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vereinbarungspartner gemeinsam eine unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt.

Anlagen

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | Leistungsbeschreibung zur Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V |
| Anlage 2 | Struktur der Vergütungsvereinbarung |
| Anlage 3 | Ermächtigungserklärung |
| Anlage 4 | Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen |

Protokollnotiz zu § 21 dieser Vereinbarung:

Diese Vereinbarung gilt für alle Krankenpflegedienste, die der Vereinbarung mit Stand 01.07.2003 beigetreten waren, wenn sie nicht bis zum 31.03.2008 schriftlich gegenüber Ihrem Verband widersprechen.

Die beigetretenen Krankenpflegedienste werden in Listenform nach Abs. 4 erfasst.

Das Ausfüllen der Anlage 4 ist in diesen Fällen nicht notwendig.

Protokollnotiz zu § 7 Abs. 4 - 5 dieser Vereinbarung

Die Regelungen des § 7 Abs. 4 – 5 erfolgen, um Vorteile für den Versicherten zu erreichen und Doppeleinsätze zu vermeiden. Dies bedeutet nicht, dass Krankenpflegedienste verpflichtet sind, Mitarbeiter ohne formale Qualifikation einzusetzen.