

**Rahmenvertrag  
gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher  
Krankenpflege vom 01.04.2024**

**zwischen**

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Hamburg e. V.,  
dem Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.,  
dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle Hamburg,  
dem Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e. V.,  
dem Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Hamburg e. V.,  
dem Diakonisches Werk Hamburg, Landesverband der Inneren Mission e. V.,  
dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Hamburg e. V.

- im Folgenden Leistungserbringerverbände genannt –

**und**

der AOK Rheinland / Hamburg – Die Gesundheitskasse,  
dem BKK-Landesverband NORDWEST,  
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als  
landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),  
der IKK classic,  
der Knappschaft,  
den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
vertreten durch die Leiterin der vdek- Landesvertretung Hamburg

– handelnd als Landesverbände der Krankenkassen –

## Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	4
§ 2 Beitritt zum Vertrag.....	4
§ 3 Organisatorische Voraussetzungen .....	7
§ 4 Institutionskennzeichen .....	7
§ 5 Kooperation mit anderen Leistungserbringern .....	8
§ 6 Betriebseinrichtung.....	8
§ 7 Fachliche Anforderungen .....	9
§ 8 Verantwortliche Pflegefachkraft.....	10
§ 9 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft .....	12
§ 10 Pflegefachkräfte .....	12
§ 11 Pflegekräfte und sonstiges Personal.....	12
§ 12 Weitere personelle Voraussetzungen.....	13
§ 13 Wirtschaftlichkeit .....	13
§ 14 Verordnung/Genehmigung von häuslicher Krankenpflege .....	13
§ 15 Vorläufige Kostenzusage .....	14
§ 16 Zuzahlungen .....	15
§ 17 Pflegebedürftigkeit.....	15
§ 18 Wahl des Leistungserbringers .....	15
§ 19 Vermittlungsverbot .....	15
§ 20 Datenschutz, Schweigepflicht .....	16
§ 21 Qualitätsmanagement .....	16
§ 22 Qualitätsprüfungen .....	18
§ 23 Interne Qualitätssicherung .....	18
§ 24 Externe Qualitätssicherung .....	19
§ 25 Pflegedokumentation.....	19
§ 26 Ergebnisqualität.....	20
§ 27 Fortbildung .....	21
§ 28 Vergütungen.....	21
§ 29 Wegepauschale je Hausbesuch .....	22
§ 30 Abrechnungsregelung .....	22
§ 31 Zusammenarbeit mit Dritten .....	24
§ 32 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt .....	24
§ 33 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus.....	25
§ 34 Vertragsverstöße.....	25
§ 35 Außerordentliche Kündigung .....	26
§ 36 Schiedsperson.....	27
§ 37 Inkrafttreten .....	27
§ 38 Kündigung .....	27
§ 39 Einstellung des Betriebes.....	28
§ 40 Salvatorische Klausel .....	28

## Präambel

Die Krankenkassen und die zugehörigen Krankenkassenverbände sowie die den Verbänden der Leistungserbringer angeschlossenen Pflegedienste in Hamburg haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf der/des Versicherten, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Der Leistungserbringer erbringt häusliche Krankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung

- zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder
- zur Unterstützungspflege
- zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung,

soweit die/der Versicherte die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person die Versicherte/den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Vor dem Hintergrund der weiterhin ausstehenden Einigung auf Bundesebene über die Einbeziehung von pflegerischen Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität wird diese Thematik weiterhin zur Vermeidung von Präjudizierungen zurzeit ausgeklammert und der Vertrag auf Anpassungsbedarf überprüft, sobald die Verhandlungen auf Bundesebene abgeschlossen sind.

## § 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen gemäß §§ 132a Abs. 4 und 24g SGB V im Bundesland Hamburg mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V. Die Leistungen der Nummern 24a, 27a und 31a gemäß der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 SGB V in der Fassung vom 21. Juli 2022 sind hiervon ausgeschlossen. Diese sind Gegenstand gesonderter Ergänzungsvereinbarungen.
- (2) Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sowie die Rahmenempfehlung gemäß § 132a Abs.1 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind diesem Vertrag zu Grunde zu legen, soweit in diesem Vertrag nichts anderes geregelt ist.
- (3) Für räumlich getrennte Filialen oder andere Stellen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag mit einem gesonderten Institutionskennzeichen erforderlich. Die fachlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sind jeweils gesondert zu erfüllen.
- (4) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte häusliche Krankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnissen als aktivierende Pflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.

## § 2 Beitritt zum Vertrag

- (1) Der Beitritt erfolgt über die zuständige Krankenkasse/Krankenkassenverband, im Folgenden zuständige Stelle genannt. Die Zuständigkeit ergibt sich aus **Anlage 1**.
- (2) Der Beitritt eines ambulanten Pflegedienstes, im Folgenden Leistungserbringer genannt, zu diesem Vertrag setzt eine schriftliche Beitrittserklärung (**Anlage 2**) des Trägers des Leistungserbringers voraus. Die Beitrittserklärung ist für jeden Leistungserbringer gesondert auszufertigen und in der Regel über den jeweiligen Berufs- bzw. Spitzenverband an die zuständige Stelle zu übermitteln.
- (3) Mit Abgabe der Beitrittserklärung erkennt der Träger des Leistungserbringers bei Zustandekommen des Vertrages nach Maßgabe des Absatzes 6 die Verbindlichkeit des Vertrages einschließlich seiner Anlagen an. Die Verbindlichkeit des Vertrages erstreckt sich hierbei in Fällen der Vertragsänderung auch auf alle zwischen den Vertragspartnern des Vertrages getroffenen Änderungs- sowie Ergänzungsvereinbarungen. Den Trägern der Leistungserbringern steht in Fällen der Vertragsänderung ein außerordentliches Kündigungsrecht nach § 35 Abs. 3 zu.
- (4) Der Beitrittserklärung (**Anlage 2**) sind folgende Unterlagen beizufügen:
  - a) Übersicht über das eingesetzte Personal sowie Kopien der Qualifikationsnachweise für das nach § 7 mindestens einzusetzende Personal. Auf Anforderung und ohne Begründung sind der zuständigen Stelle die Anmeldebescheinigungen zur Sozialversicherung mit Angabe des Anmeldegrundes 10 vorzulegen.

- b) Vorlage einer Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie für den/die Inhaber/in, den/die Geschäftsführer/-in einer GmbH sowie für jede Gesellschafterin/jeden Gesellschafter einer GbR.
- c) Die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei der Zentralen Prüfstelle Ambulanter Dienste (ZePAD) des Bezirksamtes Hamburg-Altona.
- d) Bestätigung über die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft.
- e) Bestätigung über den Abschluss einer ausreichenden Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Mit diesen Versicherungen müssen eventuelle Schadensersatzansprüche der von ihm versorgten Patienten abgedeckt sein,
- f) Angaben über die Gesellschaft des Leistungserbringers bei der Rechtsform:
  - 1. einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR),
    - Vorlage gemäß **Anlage 3** – Angaben zur Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
    - bei der eGbR einen Auszug aus dem Gesellschaftsregister des zuständigen Amtsgerichtes
  - 2. einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH, GmbH & Co. KG),
    - einen Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichtes
  - 3. eines eingetragenen Vereins (e. V.),
    - einen Auszug aus dem Vereinsregister
  - 4. Für andere Gesellschaftsformen (z. B. OHG, KG, AG, Partnergesellschaften sowie Mischformen) und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten entsprechende Nachweispflichten.

Bei Aufnahme neuer Gesellschafterinnen/Gesellschafter und/oder dem Ausscheiden von Gesellschafterinnen/Gesellschaftern nach f) 1. oder f) 2. sind jeweils erneut die dort genannten Angaben vorzunehmen bzw. Unterlagen vorzulegen.

- g) Auf Verlangen der zuständigen Stelle sind im begründeten Einzelfall weitere Unterlagen unverzüglich vorzulegen, um die Erfüllung der Voraussetzungen nach diesem Vertrag nachzuweisen. Insofern bleibt Abs. 8 hiervon unberührt.

Ein erneuter Beitritt ist nicht erforderlich in Fällen von Formwechsel nach §§ 190 ff. UmwG, bei Kapitalerhöhung einer UG im Rahmen des GmbHG, bei Verlegung des Geschäftssitzes innerhalb von Hamburg sowie Eintritt eines Gesellschafters in eine bestehende Personengesellschaft und Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer Personengesellschaft, wenn diese nicht aufgelöst wird, sondern fortbesteht. Erforderlich ist eine Anzeige nach Maßgabe des Abs. 5.

- (5) Folgende Änderungen teilt der Träger des Leistungserbringers (ggf. über den jeweiligen Berufs- bzw. Spitzenverband) der zuständigen Stelle unverzüglich mit:
  - a) Ausscheiden und Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft oder deren Stellvertretung
  - b) Unterschreiten der personellen Mindestbesetzung gemäß § 7 Abs. 1
  - c) Trägerwechsel bzw. Änderung der Rechtsform sowie der Anschrift des ambulanten Pflegedienstes

- d) Schließung oder Verkauf des Pflegedienstes
  - e) Wechsel des Berufs- bzw. Spitzenverbands
  - f) Abschluss bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern
  - g) Eintritt oder Ausscheiden eines Gesellschafters bei Personengesellschaften und Kapitalgesellschaften, bei Eintritt unter Vorlage der Registerauszüge, des polizeilichen Führungszeugnisses und Auszug aus dem Gesellschaftervertrag
  - h) Sonstige vertragsrelevante Änderungen
- (6) Auf der Grundlage aller vom Träger des Leistungserbringers gemäß Absatz 2 abgegebenen Erklärungen und vorgelegten Unterlagen entscheidet die zuständige Stelle darüber, ob der jeweilige Leistungserbringer die Voraussetzungen für den Beitritt zum Vertrag erfüllt. Bei der Entscheidung ist auch auf die persönliche Eignung der verantwortlichen Pflegefachkräfte, der Inhaberin/des Inhabers von Einzelunternehmen, der Geschäftsführerin/des Geschäftsführers einer GmbH sowie für jede Gesellschafterin/jeden Gesellschafter einer GbR abzustellen. Insbesondere bei vorausgegangener schwerer oder wiederholter Rechtsverletzung ist den Krankenkassen der Abschluss eines Vertragsverhältnisses nicht zuzumuten. Die Entscheidung zum Beitritt des Vertrages wird dem Träger des Leistungserbringers und dem entsprechenden Berufs- bzw. 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 – g vollständig eingegangen sind. Vor einer ablehnenden Entscheidung wird dem Träger des Leistungserbringers Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Ablehnungsgründe werden dem Träger des Leistungserbringers mitgeteilt.
- (7) Vorbehaltlich einer abweichenden schriftlichen Regelung im Einzelfall wird der Beitritt zum Vertrag mit Beginn des auf die Abgabe der Beitrittserklärung (**Anlage 2** einschließlich aller erforderlichen Unterlagen) folgenden Monats wirksam. Die Beitrittsunterlagen gemäß Abs. 2 des Vertrages müssen spätestens bis zum 4. Kalendertag des Monats, welcher dem Monat des Beitritts vorausgeht, vollständig bei der zuständigen Stelle vorliegen.
- (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.
- (9) Leistungserbringer, die zum 31.03.2024 vertraglich mit mindestens einer der im Rubrum genannten Krankenkassen/-verbände nach § 132a Abs. 4 SGB V verbunden sind, haben für den Beitritt abweichend zu Abs. 1 bis 7 ausschließlich die ausgefüllte **Anlage 2** und **Anlage 4** an alle im Rubrum genannten Krankenkassen/-verbände zu senden.

### § 3 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher Krankenpflege selbst oder durch einen Kooperationspartner gemäß § 5 erbringt. Der Leistungserbringer muss für die von ihm versorgten Versicherten sowie deren Angehörige und ggf. deren Betreuer ständig erreichbar und einsatzbereit sein. Hierfür ist täglich außer Samstag, Sonntag und an gesetzlichen Feiertagen in Hamburg eine Büropräsenz sicherzustellen. Darüber hinaus sind ein eigenständiger Telefonanschluss (nicht Mobiltelefon) mit Anrufweiterschaltung, eine Telefax-Nummer sowie eine E-Mailadresse vorzuhalten. Zur Sicherstellung der Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft im Sinne des Satzes 1 reicht die Vorhaltung eines Anrufbeantworters nicht aus.
- (2) Der Leistungserbringer muss über in sich geschlossene Geschäftsräume verfügen.
- (3) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die die Pflegekräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.
- (4) Der Leistungserbringer hält außerdem eine Liste über das in der Pflege gemäß diesem Vertrag eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation, Beschäftigungsbeginn, wöchentlicher Arbeitszeit und Handzeichen vor. Bei Vertragsabschluss und zum 1. April eines jeden Jahres wird der zuständigen Stelle eine aktuelle Liste gemäß **Anlage 4** übersandt. Darüber hinaus ist diese Liste auf Anforderung innerhalb von fünf Werktagen der anfordernden Stelle vorzulegen.
- (5) Der Leistungserbringer hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

### § 4 Institutionskennzeichen

- (1) Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen, die nur an die Krankenkasse bzw. die zuständige Stelle oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister übermittelt werden, werden nicht berücksichtigt.

- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen diesen mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

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

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

## **§ 5**

### **Kooperation mit anderen Leistungserbringern**

- (1) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern dürfen nur eingegangen werden, wenn diese gleichfalls mit den vertragschließenden Krankenkassen/Krankenkassenverbände in gültigen vertraglichen Beziehungen gemäß § 132a Abs. 4 SGB V stehen. Zur Leistungserbringung ist ebenfalls die Zusammenarbeit mit anderen qualifizierten Leistungsanbietern unter Einhaltung der personellen Voraussetzungen gemäß **Anlage 5/ Anlage 5a** möglich.
- (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 Leistungserbringer. Dieser rechnet auch die vom Kooperationspartner erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen ab.
- (3) Kooperationsverträge, die ihrem Zweck nach dazu dienen, fehlende organisatorische und/oder personelle Vertragsvoraussetzungen zu ersetzen, sind unzulässig.
- (4) Der zuständigen Stelle ist eine schriftliche Mitteilung über die vereinbarten Kooperationen unverzüglich zu übersenden. Bereits zum 31.03.2024 bestehende Kooperationen müssen nicht nachgewiesen werden.

## **§ 6**

### **Betriebseinrichtung**

- (1) Der Leistungserbringer hat eine zweckmäßige Betriebsausstattung vorzuhalten. Dabei ist eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, für die Versorgung der Versicherten insbesondere bei Notfällen und bei Erstbesuchen folgende Sachmittel vorzuhalten:

- Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschließlich Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Schere und Desinfektionsmittel, sterile Handschuhe
  - Blutzuckermessgerät incl. Teststreifen und Lanzetten
  - Einmalkanülen und -spritzen, Pflaster, Tupfer, Verbandmaterial,
- (3) Die in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen, sofern sie sich im Eigentum oder in der Verfügungsgewalt des Leistungserbringers befinden. Andere Geräte müssen augenscheinlich verwendbar sein.
- (4) Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31 und 33 SGB V bleiben unberührt.
- (5) Verbrauchsartikel, die dem Pflegebedürftigen von den Pflegekassen nach § 40 Abs. 2 SGB XI zur Verfügung gestellt werden, sind nicht in der Behandlungspflege nach § 37 SGB V einzusetzen.

## **§ 7 Fachliche Anforderungen**

- (1) Der Leistungserbringer beschäftigt für die Erfüllung seiner Pflichten nach diesem Vertrag mindestens folgendes Personal:
- a) eine verantwortliche Pflegefachkraft gemäß § 8,
  - b) eine stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft gemäß § 9 und
  - c) zusätzlich Pflegefachkräfte gemäß § 10 mit einem Stellumfang von mindestens zwei Vollzeitstellen und
  - d) zusätzlich eine Pflegekraft gemäß § 11 dieses Vertrages mit einem Stellumfang von mindestens einer Vollzeitstelle.

Ein Ausfall der Positionen a) bis d) von mehr als 12 Wochen ist der zuständigen Stelle unverzüglich mitzuteilen. Bei Ausfallzeiten von mehr als vier Kalendermonaten sind die Positionen gemäß a) bis d) entsprechend neu zu besetzen. Im Übrigen gelten die Regelungen gemäß § 35.

- (2) Der Leistungserbringer erklärt und weist durch Kopien - oder in Einzelfällen nach Aufforderung durch die zuständige Stelle - durch beglaubigte Kopien gegenüber der zuständigen Stelle nach, dass seine Mitarbeiter gemäß §§ 8 und 9 persönlich und fachlich geeignet sind, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erbringen und ständig die Qualitätsanforderungen nach diesem Vertrag zu erfüllen. Für alle weiteren Mitarbeiter nach diesem Vertrag überzeugt der Leistungserbringer sich von der persönlichen Eignung und weist die fachliche Eignung nach. Die Nachweise sind vor Vertragsabschluss, bei Neueinstellungen und auf Anforderung der zuständigen Stelle einzureichen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 8 erbracht werden.

- (4) Diese ist u. a. verantwortlich für
- a) die pflegfachliche und dem medizinisch notwendigen Stand entsprechende Durchführung der Häuslichen Krankenpflege,
  - b) fachliche Planung der Pflegeprozesse,
  - c) die Einsatzplanung der Pflegekräfte,
  - d) die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
  - e) die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen,
  - f) Umsetzung des Pflegekonzeptes des Leistungserbringers.
- (5) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dazu vertraglich vereinbartem Personal erbracht werden (**Anlage 4**).
- (6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Vertragsleistungen entsprechend den Bedürfnissen nach einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und angemessenen Versorgung anzubieten und die Erreichbarkeit seiner Dienste nach individuellem Erfordernis auf der Grundlage der verordneten Leistungen für die von ihm versorgten Versicherten Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten. Im Übrigen gilt § 3 Abs.1.
- Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.
- (7) Der Leistungserbringer hat eine leistungsfähige Vertretung von Mitarbeitern gemäß der in **Anlage 5/ Anlage 5a** geforderten Qualifikationen in allen Fällen der Verhinderung zu gewährleisten.

## § 8

### Verantwortliche Pflegefachkraft

- (1) Die vom Leistungserbringer angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen.
- (2) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft für häusliche Krankenpflege erfüllen im Sinne der Buchstaben a) bis d):
- a) Personen mit Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Pflegefachfrau/-mann  
oder  
Altenpflegerin/Altenpfleger (Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 17.11.2000, Bekanntmachung vom 25.08.2003)  
oder  
Altenpflegerin/Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht  
oder

zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben bzw. ausüben.

- b) Personen, die innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre eine praktische, hauptberufliche Beschäftigung im pflegerischen Bereich in Vollzeit mit mindestens 35 Wochenarbeitsstunden (Teilzeitbeschäftigungen sind entsprechend zu berücksichtigen) nach erteilter Erlaubnis in einem der unter a) genannten Berufe in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung bzw. einem Pflegedienst nachweisen, davon mindestens neun Monate im ambulanten Pflegebereich.
- c) Die verantwortliche Pflegefachkraft des Leistungserbringers soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Eine Vollzeitbeschäftigung liegt vor, wenn die wöchentliche Arbeitszeit gemäß dem zugrunde gelegten Tarifvertrag nach § 72 Abs. 3a SGB XI erfüllt ist. Im Falle des § 72 Abs. 3b SGB XI gilt eine wöchentliche Arbeitszeit in Höhe von mindestens 35 Stunden. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 Prozent einer Vollzeitbeschäftigung 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. Das Mindestpersonal ist je Pflegedienst vorzuhalten. Die Regelungen des § 72 Abs. 2 SGB XI bleiben davon unberührt.

Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin/Eigentümer oder Gesellschafterin/Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.

- d) Personen, die den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen in der Pflege mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen. Von der Gesamtstundenzahl sind mindestens 20 Prozent oder 150 Stunden in Präsenzphasen zu vermitteln. Als Weiterbildungsmaßnahme gilt auch der Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums oder eines inhaltlich vergleichbaren Studiums an einer Fachhochschule oder Universität.
- (3) Der Träger des Leistungserbringers stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall von bis zu 12 Wochen (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine stellvertretende Pflegefachkraft gewährleistet ist.

## § 9

### Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Neben der verantwortlichen Pflegefachkraft ist eine mindestens halbtagsbeschäftigte stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft sozialversicherungspflichtig im Umfang von 50 Prozent einer Vollzeitstelle zu beschäftigen, die gleichfalls alle Qualifikationsmerkmale nach § 8 Abs. 2 a) und b) erfüllen muss. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft muss im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung gewährleistet sein und darf einen Zeitraum von vier Kalendermonaten nicht überschreiten. In begründeten Ausnahmefällen kann die Vertretung mit Zustimmung der zuständigen Stelle verlängert werden.

## § 10

### Pflegefachkräfte

Der Leistungserbringer hat sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger, Pflegefachfrau/-mann) zu beschäftigen. Eine Vollzeitbeschäftigung liegt vor, wenn die wöchentliche Arbeitszeit gemäß dem zugrunde gelegten Tarifvertrag nach § 72 Abs. 3a SGB XI erfüllt ist. Im Falle des § 72 Abs. 3b SGB XI gilt eine wöchentliche Arbeitszeit in Höhe von mindestens 35 Stunden.

Der Anteil an Pflegefachkräften inklusive der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft muss mindestens vier Vollzeitstellen umfassen.

## § 11

### Pflegekräfte und sonstiges Personal

- (1) Über die Pflegefachkräfte nach §§ 8, 9 und 10 dieses Vertrages hinaus hat der Leistungserbringer mindestens eine weitere sozialversicherungspflichtige Pflegekraft, die mindestens die Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin/ Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten, Krankenpflegehelfer/in, Altenpflegehelfer/-in oder medizinische Fachangestellte oder gemäß § 10 erfüllt, zu beschäftigen. Eine Vollzeitbeschäftigung liegt vor, wenn die wöchentliche Arbeitszeit gemäß dem zugrunde gelegten Tarifvertrag nach § 72 Abs. 3a SGB XI erfüllt ist. Im Falle des § 72 Abs. 3b SGB XI gilt eine wöchentliche Arbeitszeit in Höhe von mindestens 35 Stunden.
- (2) Der Leistungserbringer kann darüber hinaus weitere geeignete Kräfte einsetzen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 8 erbringen.
- (3) Behandlungspflegerische Leistungen dürfen von den Pflegekräften nur in dem Umfang erbracht werden, wie sie dafür nach der entsprechenden Berufsausbildung mit Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung qualifiziert sind.
- (4) Ohne Anrechnungsfähigkeit auf die Mindestpersonalmenge nach § 7 Abs. 1 erfüllen auch die in der **Anlage 5/ Anlage 5a** unter „Qualifikationen“ (Ziff. 9) genannten Personen die vertraglichen Voraussetzungen zur Leistungserbringung als sonstige Personen für

ausgewählte Leistungen der Behandlungspflege, wenn ihr Einsatz durch den verpflichtenden Einsatz des Mustercurriculums nach **Anlage 6** mit Hinterlegungen v. a. zu persönlichen Voraussetzungen, Schulungen zur Krankenbeobachtung, Durchführung der Krankenbeobachtung, Fortbildungen und regelmäßige Teambesprechungen gesichert wird.

## § 12

### Weitere personelle Voraussetzungen

- (1) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind durch bei dem Leistungserbringer beschäftigte Pflege(fach)kräfte gem. **Anlage 5/ Anlage 5a** zu erbringen. Inhaber oder Gesellschafter, die hauptberuflich bei dem Leistungserbringer mitarbeiten sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte sind Beschäftigten gleichgestellt. Die Vollzeitstellen zur Erfüllung der personellen Mindestanforderungen nach §§ 10 und 11 können entsprechend der jeweiligen Qualifikation in Teilzeitstellen geteilt werden. Die Teilung einer dieser Pflegekraftstellen in mehr als drei Teilzeitstellen ist dabei unzulässig.
- (2) Der Leistungserbringer kann in begründeten Einzelfällen Mitarbeiter/innen der gewerblichen Arbeitnehmerüberlassung im Rahmen des §§ 10 und 11 einsetzen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 7 erbringen. Der Einsatz freiberuflich Tätiger oder sonstiger Honorarkräfte ist nicht zulässig.

## § 13

### Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen der Leistungserbringer sind nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und der Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen; eine orts- und bürgernahe Versorgung ist zu gewährleisten.
- (2) Sind verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege aus Sicht des Leistungserbringers im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), ist der behandelnde Vertragsarzt umgehend zu informieren.

## § 14

### Verordnung/Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung. Im Rahmen der Verordnung schätzt die Vertragsärztin/der Vertragsarzt auch ein, ob eine im Haushalt lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V). Diese Verordnung ist durch die Versicherte/den Versicherten oder deren/dessen gesetzliche/n Vertreterin/Vertreter bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Ergeben sich aus der Verordnung nicht alle für die Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen oder ist die Verordnung nicht eindeutig, unzureichend oder fehlerhaft ausgefüllt, wendet sich die Krankenkasse ausschließlich an die ausstellende Ärztin/den

ausstellenden Arzt oder ggf. die Versicherte/den Versicherten diesbezüglichen Klärung. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.

- (2) Die von der oder dem Versicherten eingereichte ärztliche Verordnung wird durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 275 Abs. 1 und 2 SGB V geprüft. Die Krankenkasse informiert den Leistungserbringer schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen. Bei einer von der ärztlichen Verordnung abweichenden Entscheidung teilt die Krankenkasse der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt sowie der/dem Versicherten die Gründe mit. Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Leistungserbringer der behandelnden Vertragsärztin/dem behandelnden Vertragsarzt. Diese/dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

## **§ 15 Vorläufige Kostenzusage**

- (1) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die entsprechend § 3 Abs. 2 der HKP-RL ausgefüllte Verordnung am vierten Arbeitstag der Ausstellung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Zur Wahrung der Frist reicht die Übersendung beider Seiten der Verordnung per Fax an die jeweilige Stelle der Krankenkasse aus. Eine Übermittlung als Datei mittels eines „Online-Service“ ist möglich, sofern diese Möglichkeit von der jeweiligen Krankenkasse unterstützt wird. Das Original der Verordnung ist unverzüglich, spätestens am fünften der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Mo – Fr, mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage) nachzureichen. Die verbindlichen Kontaktdaten werden von der jeweiligen Krankenkasse benannt. Änderungen sind unverzüglich den Berufs- und Spitzenverbänden durch die Vertragspartner mitzuteilen.
- (2) Kosten für genehmigte und vom Leistungserbringer erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.
- (3) Die Zahlungspflicht der Krankenkasse besteht bis zu dem Zeitpunkt des schriftlichen Zugangs über den Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen beim Leistungserbringer. Die Entscheidung wird von der jeweiligen Krankenkasse übermittelt.
- (4) Die vorläufige Kostenzusage gilt nicht,
- a) für Leistungen, die nicht entsprechend HKP-RL ordnungsfähig sind,
  - b) wenn für den Leistungserbringer offensichtlich erkennbar die Leistungen nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen sind,
  - c) wenn Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung verordnet wurden, es sei denn die Satzung der zuständigen Krankenkasse sieht solche Leistungen vor oder

- d) wenn Satzungsleistungen nach c) nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß dem SGB XI verordnet wurden.

## **§ 16 Zuzahlungen**

- (1) Häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zuzahlungen von der/dem Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen vom Leistungserbringer weder gefordert noch angenommen werden.
- (2) Verstöße berechtigen die Krankenkasse zur außerordentlichen Vertragskündigung gemäß § 35 dieses Vertrages.

## **§ 17 Pflegebedürftigkeit**

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

## **§ 18 Wahl des Leistungserbringers**

Die/der Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei. Wählt sie/er einen Leistungserbringer außerhalb ihres/seines Wohn- oder Aufenthaltsortes, kann der Leistungserbringer weder gegenüber der Krankenkasse noch gegenüber der/dem Versicherten Mehrkosten verlangen und in Rechnung stellen.

## **§ 19 Vermittlungsverbot**

- (1) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte, z. B. freiberuflich Tätige, sonstige Honorarkräfte, gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) gilt als Verstoß gemäß § 34 dieses Vertrages.
- (2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung oder zur Erlangung geldwerter Vorteile.
- (3) Ein Verstoß gegen Abs. 1 und/oder Abs. 2 berechtigt die Krankenkassen/Krankenkassenverbände zur außerordentlichen Vertragskündigung gemäß § 35 dieses Vertrages.

## **§ 20 Datenschutz, Schweigepflicht**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-DSGVO und den Sozialdatenschutz nach dem SGB zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU-DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten,
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person der/des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst (MD) soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind und der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (4) Für Leistungserbringer von Kirchen und religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften, die unter Artikel 91 EU-DSGVO fallen, gelten abweichend bzw. entsprechend die in Artikel 91 genannten Vorschriften.

## **§ 21 Qualitätsmanagement**

- (1) Der Leistungserbringer stellt die Strukturqualität gemäß dieses Vertrages sicher.
- (2) Der Leistungserbringer führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

Qualitätsmanagement bezeichnet grundsätzlich die beim Leistungserbringer organisierten Maßnahmen zur Steuerung der Qualität der vereinbarten Leistungserbringung und ggf. deren Verbesserung.

Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse/Verbesserung) ein und entwickelt diese weiter.

Der Leistungserbringer stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass

- die vereinbarten vertraglichen Leistungen in der vereinbarten und vertragsgemäßen Qualität erbracht werden,

- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen unter Beachtung des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse an den Bedürfnissen der versorgten Menschen und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig auf den medizinischen Fortschritt überprüft und ggf. verbessert wird,
- zur Sicherstellung einer fach- und sachgerechten Pflege sowie der Leistungsdurchführung nach diesem Vertrag, der Einsatz von fachlich qualifiziertem Personal gesichert ist,
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen des Leistungserbringers z. B. in einem Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben und nachvollziehbar sind.

Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des Leistungserbringers.

Der Leistungserbringer stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass die vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiter einbezogen sind.

Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und ggf. Verbesserung bestimmt.

Die verantwortliche Pflegefachkraft muss sicherstellen, dass geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb des Leistungserbringers eingeführt und umgesetzt werden.

Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. Sie müssen beim Leistungserbringer den jeweils beteiligten Mitarbeitern bekannt sein und umgesetzt werden.

Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der zu versorgenden Personen. Der Leistungserbringer trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der zu versorgenden Personen bei. Er stellt die Aufnahme, Bearbeitung und ggf. Lösung von Kundenbeschwerden sicher.

Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung Beteiligten einbezogen.

- (3) Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre institutionelle Verankerung können höchst unterschiedlich gestaltet werden. Es sind hier Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden. Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jeden Leistungserbringer. Der Leistungserbringer ist für die Qualität der Leistungen, die er den Versicherten gegenüber erbringt, verantwortlich.

## **§ 22 Qualitätsprüfungen**

- (1) Die Qualitätsprüfungen erfolgen auf Grundlage der §§ 112 ff. SGB XI bzw. § 275b SGB V.
- (2) Wird von den Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, sind sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MD oder durch einen qualifizierten, bestellten Sachverständigen der zuständigen Krankenkasse überprüfen zu lassen.
- (3) Grundlage der Prüfung sind insbesondere
  - a) die Pflegedokumentation nach § 25 dieses Vertrags,
  - b) Personaleinsatzpläne nach § 3 dieses Vertrags,
  - c) die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals,
  - d) Nachweise über Maßnahmen des internen/externen Qualitätsmanagements,
  - e) Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise,
  - f) Befragung und Beobachtung der versorgten Personen während der Prüfung,
  - g) die unterstützende Befragung der Angehörigen
  - h) Zugang in die Geschäftsräume.

Die oben genannten Unterlagen a) bis e) sind für jeweils drei volle Kalenderjahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.

## **§ 23 Interne Qualitätssicherung**

- (1) Die bei der Versicherten/dem Versicherten vorhandenen Anlagen und Fähigkeiten sind, soweit eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt Leistungen der HKP-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V verordnet hat, einzubeziehen. Dabei sind die/der Versicherte und auf deren/dessen Wunsch ihre/seine Angehörigen oder andere Bezugspersonen durch Informationen, Beratung und Anleitung in einzelne - von Ihnen durchführbare - behandlungspflegerische/pflegerische Tätigkeiten einzuführen.
- (2) Der Leistungserbringer trägt die fachliche Verantwortung für das eingesetzte Personal. Über den Einsatz des erforderlichen Personals entscheidet die verantwortliche Pflegefachkraft unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit, der Art und Schwere der Erkrankung des Versicherten sowie der Qualifikation. Zu verfahrensrechtlichen Konkretisierungen gelten die unter §114 Abs. 2 Satz 4 SGB XI sowie unter die unter § 114a Abs. 7 S. 8 SGB XI aufgeführten Richtlinien. Zudem erfolgt der Einbezug der Maßstäbe und Grundsätze nach §113 SGB XI sowie des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass Leistungen nach diesem Vertrag, die besonderen krankenpflegerischen Sachverstand erfordern, ausschließlich durch Pflegefachkräfte

(Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger, Pflegefachfrau/-mann) – ggf. mit entsprechender Weiterbildung – erbracht werden.

- (4) Zur internen Qualitätssicherung hat der Leistungserbringer insbesondere folgendes sicherzustellen:
1. Pflegekonzept des Leistungserbringers,
  2. Vorhandensein aktueller betrieblicher Pflegestandards,
  3. Durchführung von regelmäßigen Dienstbesprechungen mit Fallbesprechungen,
  4. interne regelmäßige Qualitätszirkel,
  5. Durchführung von Pflegevisiten in Verantwortung der fachlichen Leitung,
  6. Teilnahme an berufsbezogenen Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 27 des Vertrags,
  7. Existenz eines Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeitende,
  8. Vorhandensein eines Beschwerdemanagements,
  9. Vorhandensein geeigneter aktueller Fachliteratur.

Entsprechende Nachweise sind der zuständigen Stelle auf Anforderung vom Leistungserbringer vorzulegen. Die Unterlagen nach Absatz 4, Ziffern 4 bis 6 sind drei Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.

## **§ 24 Externe Qualitätssicherung**

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der Leistungserbringer mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt und der Krankenkasse eng zusammen.
- (2) Der Leistungserbringer beteiligt sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.

## **§ 25 Pflegedokumentation**

- (1) Der Leistungserbringer hat ein geeignetes dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das eine übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des behandlungspflegerischen/pflegerischen Prozesses entsprechend der jeweiligen verordneten Leistung nach der HKP-RL ermöglicht. Die Pflegedokumentation ist der/dem Versicherten zu jeder Zeit zugänglich zu halten. Wenn eine elektronische Dokumentation erfolgt, ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen, dass die/der Versicherte Zugriff auf die Informationen aus der Dokumentation hat. Der Leistungserbringer handelt im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. Die Pflegedokumentation wird von jedem an der Pflege beteiligten Mitarbeitenden geführt.
- (2) Die Aufgabe des Leistungserbringers besteht in der gezielten Sammlung von Informationen, die für die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang erforderlich sind sowie in der Durchführung der Maßnahmen. Die jeweilige Maßnahme ist entsprechend dem aktuellen

Stand des Wissens zu erbringen (Remonstrationspflicht), sie ist auszuwerten und die Ärztin/der Arzt/ zu informieren.

- (3) Die Pflegedokumentation dient der Unterstützung des Pflegeprozesses, der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflegeleistung. Veränderungen des Pflegezustands im Zusammenhang mit den verordneten Leistungen sind aktuell zu dokumentieren.
- (4) Die Anforderungen an die Pflegedokumentation und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen für die Pflegesituation relevant sowie verhältnismäßig sein und dürfen für den Leistungserbringer über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.
- (5) Die Pflegedokumentation enthält den Leistungsnachweis gemäß § 30 über die durchgeführten Pflegeleistungen (Datum, Uhrzeit des Beginns) mit Unterschrift der jeweiligen Pflegekraft (Durchführungskontrolle) sowie bei Verwendung von Namenskürzeln ein entsprechendes Namensverzeichnis.
- (6) Die Pflegedokumentation enthält das Ergebnis der regelmäßigen Überprüfung der Pflege in Beziehung zur verordneten Leistung und zum Pflegeziel anhand des ärztlich definierten Behandlungsziels.
- (7) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen auf Anforderung vorzulegen. Der § 276 Abs. 2 SGB V ist zu beachten. Wenn eine elektronische Dokumentation erfolgt, ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen, dass insbesondere die an der Versorgung beteiligte Vertragsärztin/der an der Versorgung beteiligte Vertragsarzt (auch Notärztin/Notarzt) sowie der MD und der PKV-Prüfdienst im Rahmen von Qualitätsprüfungen in praktikabler Form Zugriff auf die Informationen aus der Dokumentation haben.
- (8) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation beträgt drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

## **§ 26 Ergebnisqualität**

Die Pflegefachkraft überprüft die Wirksamkeit der Pflegeintervention anhand der Vorgaben der ärztlichen Verordnung bzw. im Falle der Krankenhausvermeidungspflege anhand der definierten Pflegeziele. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Eine Überprüfung der Ergebnisqualität erfolgt außerdem im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff., SGB XI durch den MD.

## **§ 27 Fortbildung**

- (1) Der Leistungserbringer ist gemäß § 132a Abs. 4 SGB V verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden des Leistungserbringers gemäß dieses Vertrages durch pflegefachspezifische Fortbildungen sicherzustellen. Zu den Fortbildungen in diesem Sinne zählen interne und externe Maßnahmen (z. B. Seminare, Qualitätszirkel, komplexe Fallbesprechungen und In-House-Angebote).
- (2) Ziel dieser Maßnahme ist es, die entsprechenden Mitarbeitenden in die Lage zu versetzen, die Versicherten nach dem jeweils anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Kenntnisse zu versorgen.
- (3) Fortbildungsmaßnahmen haben einen Umfang von mindestens elf Stunden/Jahr pro Vollzeitstelle, jedoch mindestens sechs Stunden/Jahr pro eingesetzten Mitarbeitenden, die Leistungen nach diesem Vertrag erbringen.
- (4) Art, Inhalt und Umfang der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren und auf Anforderung innerhalb von fünf Werktagen der zuständigen Stelle nachzuweisen. Der Teilnahmenachweis beinhaltet mindestens folgende Angaben: Thema der Fortbildung, Zeitpunkt und Dauer, Name der Teilnehmer und Name/ Institution des Referenten.
- (5) Weist der Leistungserbringer die Fortbildung auf Anforderung nicht oder nicht vollständig nach, wird die zuständige Stelle eine Vertragsstrafe gemäß § 34 erheben. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Als Frist können hierfür längstens sechs Monate vorgesehen werden. Kommt der Leistungserbringer innerhalb dieser Frist der Nachweispflicht nicht nach, gilt § 34 dieses Vertrages.

## **§ 28 Vergütungen**

- (1) Die Vergütung für die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege erfolgt nach den Regelungen der **Anlage 5** und werden mit diesen vereinbart. Die Vergütung für die privatgewerblichen Leistungserbringer erfolgt nach den Regelungen der **Anlage 5a** und werden mit diesen vereinbart.
- (2) Die Vergütungen sind Höchstpreise.
- (3) Die Vergütungsvereinbarungen gemäß Anlage 5/Anlage 5a können ausschließlich von den im Rubrum genannten Vertragsparteien vereinbart werden.

## § 29 Wegepauschale je Hausbesuch

- (1) Die Leistungserbringung hat auf der Grundlage eines wirtschaftlichen Einsatzplanes zu erfolgen, um unnötige Einsätze zu vermeiden.
- (2) Die Wegepauschale kann nur in Verbindung mit tatsächlich erbrachten Vertragsleistungen anfallen.
- (3) Wenn Leistungen aus akuten medizinisch/ pflegerischen Gründen nicht erbracht werden können, ist die Abrechnung gegenüber der einzelnen Krankenkasse zu begründen.
- (4) Die Höhe der Wegepauschale regelt **Anlage 5/ Anlage 5a**.

## § 30 Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Einführung des maschinellen Abrechnungsverfahrens (DA) gelten die Richtlinien des GKV- Spitzenverbandes zu Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Von den Vertragspartnern getroffene, in Umsetzung der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V von der Richtlinie abweichende Regelungen sind vorrangig.

Seit dem Zeitpunkt der Einführung sind die genannten Abrechnungsanforderungen zu beachten. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V bzw. den Anforderungen nach Satz 2 entsprechen, werden ab diesem Zeitpunkt von den Krankenkassen abgewiesen. § 303 Abs. 3 SGB V gilt entsprechend.

Mit Umsetzung von § 3 Abs. 2 der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V verbleibt als einziger Urbeleg, der in Papierform zu übermitteln ist der Leistungsnachweis (nebst Begleitzettel). Soweit die Vereinbarungspartner auf Bundesebene ein Verfahren etablieren, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln, werden die Vertragspartner in Hamburg umgehend Gespräche aufnehmen. Ziel der Gespräche ist die Umsetzung einer entsprechenden Regelung für Hamburg. Dazu bedarf es keiner Kündigung des Vertrags.

- (2) Für die Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege seit der Einführung des maschinellen Abrechnungsverfahrens (DA) durch die jeweilige Krankenkasse gelten die im Folgenden aufgeführten Regelungen.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt monatlich. Für den Fall, dass noch keine Genehmigungsnummer vorliegt, aber ein Zahlungsanspruch nach § 6 Abs. 5 der HKP-Richtlinie besteht, kann zur Abrechnung der Schlüssel C2 nach Kapitel 8.1.17 der Anlage 3 der Richtlinie nach § 302 SGB V verwendet werden, und die Rechnung ist von der Krankenkasse bzw. ihrer Abrechnungsstelle entsprechend zu bearbeiten. Der Rechnung ist/sind die vertragsärztliche(n) Verordnung(en) sowie der/die von der Pflegedienstleitung unterschriebene Leistungsnachweis(e) nach Abs. 4 im Original beizufügen. Die Bewilligung ist der

Krankenkasse im Original der ersten Abrechnung beizufügen, soweit von der jeweiligen Krankenkasse nicht darauf verzichtet wird.

Wird der Leistungsnachweis maschinell erstellt, sind anstelle des persönlichen Handzeichens die Initialen der Pflegekraft gemäß **Anlage 4** 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.“ Der Leistungsnachweis muss über die im Absatz 4 genannten Mindestinhalte verfügen. Auf Anforderung sind der Krankenkasse in den Fällen maschinell erstellter Leistungsnachweise geeignete weitere Belege zum Nachweis der Durchführung zu übersenden.

- (4) Auf dem Leistungsnachweis sind Datum, Uhrzeit des Leistungsbeginns und sachlicher Umfang der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen zu dokumentieren und mit dem eigenen Handzeichen oder den Initialen der leistenden Pflegekraft zu versehen. Der Erhalt der dokumentierten Leistungen ist durch den Versicherten oder seinen Angehörigen einmal monatlich bzw. nach Abschluss des Leistungszeitraums durch Unterschrift zu bestätigen.
- (5) Auf der Rechnung ist das von der Vergabestelle vergebene IK anzugeben (§ 293 SGB V). Das IK ist in fortlaufender Folge, d. h. ohne Zwischenräume, zu schreiben.
- (6) Die Rechnungen sind im Allgemeinen binnen Monatsfrist für den Vormonat bei der von der zuständigen Krankenkasse genannten Abrechnungsstelle einzureichen. Bei mangelnder Prüffähigkeit oder erheblichen Differenzen, die zu begründen sind, gibt diese Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurück.
- (7) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Rechnungseingang. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (8) Rechnungsbeanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich erhoben werden. Etwaige Einsprüche gegen Rechnungsbeanstandungen müssen vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der Beanstandungsmitteilung schriftlich geltend gemacht werden.  
Die Fristen nach Absatz 7 und 8 gelten nicht bei abgerechneten Leistungen, die nicht oder nicht vertragskonform erbracht wurden.
- (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 der Krankenkasse eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

- (10) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen mit einer Frist von vier Wochen vor Inkrafttreten der Abtretung schriftlich zu informieren. Den Krankenkassen sind der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.
- (11) Sofern die Rechnungslegung gemäß Abs. 10 einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist diese unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Krankenkasse auf Anforderung vorzulegen.

### **§ 31 Zusammenarbeit mit Dritten**

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

### **§ 32 Zusammenarbeit mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt**

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der behandelnden Vertragsärztin/beim behandelnden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer darf Vertragsärztinnen/Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflussen.
- (3) Der Leistungserbringer berichtet der behandelnden Vertragsärztin/dem behandelnden Vertragsarzt unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege. Sind aus Sicht des Leistungserbringers während des Verordnungszeitraums die verordneten und von ihm erbrachten Leistungen nicht oder nicht mehr notwendig bzw. nicht oder nicht mehr geeignet dem Behandlungsziel zu dienen, informiert der Leistungserbringer umgehend die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt.
- (4) Der Leistungserbringer ermöglicht der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt die Einsicht in die Pflegedokumentation.

### **§ 33 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus**

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung der/des Versicherten in ein Krankenhaus unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Der Leistungserbringer berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der häuslichen Krankenpflege den vom Krankenhaus bei der Entlassung der/des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen, sofern er dem Leistungserbringer vorliegt.
- (3) Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass die beteiligten Krankenhäuser die jeweils notwendigen Informationen den jeweiligen Pflegediensten zur Verfügung stellen.

### **§ 34 Vertragsverstöße**

- (1) Wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten oder deren Krankenkassen gröblich verletzt, kommen als Vertragsmaßnahmen – nach Anhörung des Leistungserbringers –
  - a) eine Verwarnung,
  - b) die Zahlung eines Geldbetrages bis zu EUR 15.000,
  - c) soweit ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist, eine außerordentliche Kündigung gemäß § 35 in Betracht.

Unabhängig von den hier genannten Maßnahmen ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.

- (2) Als gröbliche Verletzungen gelten insbesondere
  - wenn die/der Versicherte infolge der Pflichtverletzung an Leib und Leben zu Schaden kommt,
  - Urkunden- oder Dokumentenfälschung,
  - Leistungserbringung durch dafür fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter entgegen § 7 dieses Vertrages,
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
  - schwerwiegenden pflegebedingten Qualitätsmängeln, die medizinisch oder pflegerisch durch den MD oder einen anerkannten Sachverständigen nach § 114 Abs. 4 SGB XI festgestellt sind,
  - Leistungserbringung durch freie Mitarbeiter oder sonstige Honorarkräfte entgegen § 12 dieses Vertrages,
  - Forderung oder Annahme von Zuzahlungen der/des Versicherten zu den von der Krankenkasse bewilligten Vertragsleistungen sowie Zahlungen entgegen § 16 Abs. 1 dieses Vertrages,
  - Annahme von Pflegeaufträgen zur Vermittlung und Weitergabe an Dritte (i. S. von § 19 dieses Vertrages),
  - das Nichtmitwirken des Leistungserbringers bei Prüfungen nach § 22 dieses Vertrags,

- das Nichtzulassen einer Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI bzw. § 275b SGB V,
- außer Acht lassen der erforderlichen Sorgfalt im Verkehr und Verstoß gegen pflegerische oder medizinische Qualitätsstandards, bei der es zu einer konkreten Gefährdung oder Schädigung der oder des Versicherten kommt,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen gemäß § 20 dieses Vertrages,
- Verstöße gegen § 27 dieses Vertrags.

(3) Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt.

### **§ 35 Außerordentliche Kündigung**

- (1) Der Vertrag kann von den vertragschließenden Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden gemeinsam gegenüber dem Leistungserbringer ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder einer Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Die Voraussetzungen liegen insbesondere vor:
- a) bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen die im Vertrag getroffenen Vereinbarungen,
  - b) bei Abrechnung nicht oder teilweise nicht erbrachter Leistungen,
  - c) bei Pflichtverletzungen, aufgrund derer Versicherte zu Schaden kommen,
  - d) bei mehr als viermonatiger Unterschreitung des vertraglich vorzuhaltenden Mindestpersonals gemäß §§ 8-11 dieses Vertrages, insbesondere bei Nichtvorhaltung einer verantwortlichen oder stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft, sofern keine andere Regelung zwischen dem Leistungserbringer und der zuständigen Stelle vereinbart wurde,
  - e) bei einem Fehlverhalten des Leistungserbringers, das zur außerordentlichen Kündigung gemäß § 74 Abs. 2 SGB XI des mit ihm für den Bereich der Pflegeversicherung bestehenden Versorgungsvertrages berechtigt,
  - f) bei Wegfall der persönlichen Eignung der Inhaberin/ des Inhabers oder der Geschäftsführerin/des Geschäftsführers der Pflegeeinrichtung,
  - g) bei Vorliegen eines wirksamen Untersagungsbescheids durch die zuständige Behörde.
- (2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI des Leistungserbringers aufgrund gröblicher Pflichtverletzung gem. § 74 Abs. 2 SGB XI oder rechtskräftig gem. § 74 Abs. 1 SGB XI.
- (3) Der Leistungserbringer kann bei Änderungen/Ergänzungen dieses Vertrages das Vertragsverhältnis innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Änderung/Ergänzung gegenüber der zuständigen Stelle mit sofortiger Wirkung kündigen.

### **§ 36 Schiedsperson**

- (1) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt.

Die Schiedsperson ist für jedes Festsetzungsverfahren neu zu bestellen. Sie soll die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen. 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. Die Schiedsperson wird auf Antrag eines der an Ihrer Bestellung beteiligten Vertragspartner tätig; sie hat die Verfahrensbeteiligten Vertragspartner jeweils mit einer Frist von mindestens vier Wochen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufzufordern und zu einer mündlichen Anhörung einzuladen.

- (2) Im Rahmen des Schiedsspruchs und 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 die Vertragspartner insoweit ihr Einverständnis erklären. Kann hierüber kein Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern erzielt werden, ist eine Entscheidung durch die Schiedsperson erforderlich.
- (3) Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Die Erstattung eigener Kosten der Vertragspartner entfällt.
- (4) Die Entscheidung der Schiedsperson ist ab dem Datum ihres Inkrafttretens sofort zu vollziehen, unabhängig davon, ob eine Ersetzungsklage erfolgt.

### **§ 37 Inkrafttreten**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2024 in Kraft.
- (2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrags werden alle bisherigen Rahmenverträge der im Rubrum genannten Vertragspartner nach 132a Abs. 4 SGB V ersetzt. Verträge/Vertragsbestandteile nach § 132 SGB V bleiben hiervon unberührt.

### **§ 38 Kündigung**

- (1) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderhalbjahres durch eingeschriebenen Brief schriftlich gekündigt werden. Er kann

seitens der Berufs- und Spitzenverbände einzeln gegenüber allen übrigen Vertragspartnern gekündigt werden. Die Kündigung des Vertrages seitens der Berufs- und Spitzenverbände durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit für die übrigen Vertragspartner unberührt.

- (2) Der Vertrag kann von den Vertragsparteien zwecks Änderung mit monatlicher Frist gegenüber den anderen Vertragsparteien schriftlich gekündigt werden. Im Falle einer Änderungskündigung des Vertrages verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich Verhandlungen über eine Neuregelung des Vertrages bzw. über die zur Änderung anstehenden Vertragsteile aufzunehmen. Bis zur Vereinbarung eines neuen Vertragstextes gilt der gekündigte Vertrag unverändert weiter. § 36 gilt entsprechend.

### **§ 39 Einstellung des Betriebes**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Krankenkassen vor der beabsichtigten vollständigen oder teilweisen Einstellung seiner Pfllegetätigkeit nach diesem Vertrag rechtzeitig, spätestens vier Wochen vorher, schriftlich oder vorab per Telefax zu unterrichten.
- (2) Den Krankenkassen sind in diesem Falle jeweils Name und Krankenversicherungsnummer der betroffenen Versicherten, die bei ihnen versichert sind, mitzuteilen.

### **§ 40 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

### **Anlagen**

- Anlage 1 Verbindliche Kontaktdaten der zuständigen Stellen (vgl. § 2 Abs. 1)
- Anlage 2 Beitrittserklärung
- Anlage 3 Angaben zur Gesellschaft bürgerlichen Rechts
- Anlage 4 Personalmeldung – Jahresmeldung (Handzeichenliste)
- Anlage 5 Leistungsbeschreibung mit Qualifikationsanforderungen und Vergütungen für die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege
- Anlage 5a Leistungsbeschreibung mit Qualifikationsanforderungen und Vergütungen für die privatgewerblichen Leistungserbringer
- Anlage 6 HKP-Assistenzkräfte

Hamburg, den

---

Arbeiterwohlfahrt  
Landesverband Hamburg e. V.

---

Bundesverband Ambulante Dienste und  
Stationäre Einrichtungen e. V.

---

Bundesverband privater Anbieter sozialer  
Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle Hamburg

---

Caritasverband für das Erzbistum  
Hamburg e. V.

---

Deutsches Rotes Kreuz  
Landesverband Hamburg e. V.

---

Diakonisches Werk Hamburg  
Landesverband der Inneren Mission e. V.

---

PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband  
Hamburg e. V.

---

AOK Rheinland / Hamburg  
- Die Gesundheitskasse

---

BKK-Landesverband NORDWEST,  
Zugleich für die SVLFG als LKK

---

Knappschaft  
Regionaldirektion Nord, Hamburg

---

IKK classic

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Die Leiterin der Landesvertretung Hamburg