

**Rahmenempfehlungen**  
**nach § 132a Abs. 1 SGB V**  
**zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege**  
**vom 10.12.2013 i. d. F. vom 18.12.2023**

des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup>, Berlin

des Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V., Hannover

des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin

des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege e.V., Hannover

der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin

des Bundesverbandes Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen (bad) e.V., Essen

des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Dresden

des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V., Berlin

des Deutschen Caritasverbandes e.V., Freiburg i.Br.

des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e.V., Berlin

des Deutschen Roten Kreuzes e.V., Generalsekretariat, Berlin

der Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin

des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen

der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., Frankfurt am Main

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V; die Rahmenempfehlungen wurden unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene beraten.

## Änderungshistorie

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
30.08.2019	Änderungshistorie und Inhaltsverzeichnis eingeführt.
30.08.2019	Rubrum und Unterschriftenseite wurden aktualisiert. Der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. wurde entfernt.
30.08.2019	Präambel wurde aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile angepasst.
30.08.2019	In § 1 Abs. 3 wurden die Berufsbezeichnungen entsprechend der Bezeichnungen in § 4 angepasst.
30.08.2019	In den § 1 Abs. 4, § 2 Abs. 3 und 6, § 5 Abs. 1 – 3 wurden Verweise aufgrund von Gesetzesänderungen durch das PSG III vom 23.12.2016 angepasst.
30.08.2019	§ 3 Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege und § 4 Außerklinische ambulante Intensivpflege wurden eingefügt. Als Folgeänderung wurden die bisherigen §§ 3, 4 und 5 entsprechend verschoben.
30.08.2019	Im § 6 wurden die Regelungen zum Inkrafttreten aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile und der damit verbundenen Neufassung angepasst.
16.07.2020	Präambel wurde aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile angepasst. Redaktionelle Änderungen zu § 4.
16.07.2020	§ 5 Psychiatrische häusliche Krankenpflege wurde eingefügt. Als Folgeänderung wurden die bisherigen §§ 5, 6 und 7 entsprechend verschoben.
16.07.2020	In § 1 Abs. 3 sowie § 4 Abs. 6, 12, 15 und 16 wurden die Berufsbezeichnungen entsprechend der Bezeichnungen in § 5 angepasst.
16.07.2020	Im § 7 wurden die Regelungen zum Inkrafttreten aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile und der damit verbundenen Neufassung auf den 01.10.2020 angepasst.
16.07.2020	Im § 1 wurde der Abs. 10 eingefügt.

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
14.10.2020	§ 6 Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und für die Vergütung von längeren Wegezeiten wurde eingefügt. Als Folgeveränderung wurden die bisherigen §§ 6, 7 und 8 entsprechend verschoben.
14.10.2020	Im § 8 wurden die Regelungen zum Inkrafttreten aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile und der damit verbundenen Neufassung auf den 01.01.2021 angepasst.
28.10.2021	§ 6 Anforderungen an die Eignung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden wurde eingefügt. Als Folgeänderung wurden die bisherigen §§ 6, 7, 8 und 9 entsprechend verschoben. Die Präambel wurde aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile angepasst. Im § 1 wurde der Abs. 10 angepasst.
28.10.2021	Im § 9 wurden die Regelungen zum Inkrafttreten aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile und der damit verbundenen Neufassung auf den 01.01.2022 angepasst.
28.11.2023	§ 2a Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbrachten Leistungen wurde eingefügt.
28.11.2023	Im § 2 wurde der Abs. 3 Satz 1 aufgrund einer Änderung der HKP-Richtlinie des G-BA angepasst.
28.11.2023	Im § 9 wurden die Regelungen zum Inkrafttreten aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile und der damit verbundenen Neufassung angepasst.
18.12.2023	Im § 8 wurden Regelungen zum elektronischen Leistungsnachweis aufgenommen sowie Anpassungen zur elektronischen Abrechnung aktualisiert.
18.12.2023	Im § 9 wurden die Regelungen zum Inkrafttreten aufgrund aktualisierter Regelungsbestandteile und der damit verbundenen Neufassung auf den 01.02.2024 angepasst.

Inhalt:

<b>Änderungshistorie.....</b>	<b>1</b>
<b>Präambel .....</b>	<b>2</b>
<b>§ 1 Verantwortliche Pflegefachkraft.....</b>	<b>3</b>
<b>§ 2 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren .....</b>	<b>6</b>
<b>§ 2a Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbrachten Leistungen.....</b>	<b>8</b>
<b>§ 3 Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege .....</b>	<b>11</b>
<b>§ 4 Außerklinische ambulante Intensivpflege .....</b>	<b>13</b>
<b>§ 5 Psychiatrische häusliche Krankenpflege .....</b>	<b>26</b>
<b>§ 6 Anforderungen an die Eignung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden .....</b>	<b>33</b>
<b>§ 7 Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und für die Vergütung von längeren Wegezeiten</b>	<b>42</b>
<b>§ 8 Abrechnung und Datenaustausch (DA) .....</b>	<b>52</b>
<b>§ 9 Inkrafttreten und Kündigung.....</b>	<b>59</b>
<b>§ 10 Salvatorische Klausel .....</b>	<b>59</b>
<b>Unterschriftenseite.....</b>	<b>60</b>
<b>Anlage 1 – Änderungsantrag nach § 37 Abs. 8 SGB V .....</b>	<b>62</b>

## **Präambel**

Nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben. Die Rahmenempfehlungen traten mit den aus damaliger Sicht prioritären Themen am 10.12.2013 in Kraft und werden sukzessive um weitere Regelungsinhalte ergänzt.

Neben allgemeinen Regelungen enthalten die Rahmenempfehlungen auch Anforderungen an besondere Versorgungsformen. So gelten für die außerklinische ambulante Intensivpflege die psychiatrische häusliche Krankenpflege sowie die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch spezialisierte Leistungserbringer besondere Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung sowie die übrigen an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte.

Die von den Rahmenempfehlungspartnern getroffenen Regelungen zum Abrechnungsverfahren der Leistungen sind – sofern sie von den Richtlinien nach § 302 SGB V abweichen – gegenüber den Richtlinien nach § 302 SGB V vorrangig.

Die Rahmenempfehlungen sind nach § 132a Abs. 1 Satz 7 SGB V den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V zugrunde zu legen.

Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben sich auf weitere Themen verständigt, die nach ihrer Bearbeitung und Konsentierung zu einem späteren Zeitpunkt in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V aufgenommen werden sollen.

## § 1 Verantwortliche Pflegefachkraft

- 1) Die vom ambulanten Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen.
- 2) Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für
  - a. die Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen
  - b. die Umsetzung des Pflegekonzeptes des Pflegedienstes
  - c. die fachliche Koordination der Häuslichen Krankenpflege im Rahmen der ärztlichen Ver- und Anordnung in dem für diese Leistungen gebotenen Umfang
  - d. die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
  - e. die Einsatzplanung der Pflegekräfte
  - f. die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des ambulanten Pflegedienstes.
- 3) Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die eine Ausbildung als
  - a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
  - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG) oder
  - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht abgeschlossen haben.
- 4) Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben bzw. ausüben, werden auch von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V in anderen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt.

- 5) Hat sich ein Pflegedienst auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert, die dem Grunde nach zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 53 SGB XII gehören, kann die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft durch eine Heilerziehungspflegerin/einen Heilerziehungspfleger ausgeübt werden, sofern die jeweils andere Funktion (verantwortliche Pflegefachkraft bzw. stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft) durch eine Fachkraft mit einer Qualifikation nach Abs. 3 oder 4 wahrgenommen wird.
- 6) Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Abs. 3 oder 5 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde, davon mindestens neun Monate im ambulanten Bereich.
- 7) <sup>1</sup>Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

<sup>2</sup>Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen),
- psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie
- die Aktualisierung der pflegfachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation).

<sup>3</sup>Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20 % oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein. <sup>4</sup>Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

- 8) <sup>1</sup>Die verantwortliche Pflegefachkraft soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. <sup>2</sup>Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen

mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5<sup>2</sup> Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt. <sup>3</sup>Die verantwortliche Pflegefachkraft darf zugleich auch als solche bei dem gleichen ambulanten Pflegedienst nach dem SGB XI und bei einem anderen ambulanten Pflegedienst des gleichen Trägers nach SGB V und/oder SGB XI tätig sein. <sup>4</sup>Die Regelungen des § 72 Abs. 2 SGB XI bleiben davon unberührt. <sup>5</sup>Die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 3 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. <sup>6</sup>Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 1 bis 3 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.

- 9) <sup>1</sup>Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt bezogen auf Berufsabschluss und Berufserfahrung die gleichen Voraussetzungen wie die verantwortliche Pflegefachkraft (s. Absätze 3–6). <sup>2</sup>Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.
- 10) Sofern der Pflegedienst spezialisierte Leistungen anbietet, für die besondere vertragliche Anforderungen definiert werden (s. §§ 4, 5 und 6), gelten hinsichtlich der Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. an die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft für diese spezifischen Leistungen die dortigen Anforderungen, soweit sie von den Regelungen des § 1 abweichen.

---

<sup>2</sup> Besondere Belange der Versorgung von Kindern sind zu berücksichtigen



## § 2 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren

- 1) <sup>1</sup>Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung. <sup>2</sup>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)<sup>3</sup>.  
<sup>3</sup>Diese Verordnung ist durch die Versicherte/den Versicherten oder deren/dessen gesetzlichen Vertreterin/Vertreter bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. <sup>4</sup>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/an den ausstellenden Arzt oder ggf. an die Versicherte/den Versicherten zur diesbezüglichen Klärung. <sup>5</sup>Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe<sup>4</sup>.
- 2) <sup>1</sup>Die von der oder dem Versicherten eingereichte ärztliche Verordnung wird durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 275 Abs. 1 und 2 SGB V geprüft. <sup>2</sup>Die Krankenkasse informiert den Pflegedienst schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen. <sup>3</sup>Bei einer von der ärztlichen Verordnung abweichenden Entscheidung teilt die Krankenkasse der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt sowie der/dem Versicherten die Gründe mit. <sup>4</sup>Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. <sup>5</sup>Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. <sup>6</sup>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde<sup>5</sup>.
- 3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung innerhalb der in § 6 Abs. 5 der HKP-Richtlinie genannten Frist der

---

<sup>3</sup> vgl. § 3 Abs. 3 HKP-RL mit Stand 21.08.2013

<sup>4</sup> vgl. § 3 Abs. 4 HKP-RL mit Stand 21.08.2013

<sup>5</sup> vgl. § 7 Abs. 2 und 3 HKP-RL mit Stand 21.08.2013

Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Die Frist soll als gewahrt gelten, wenn die Verordnung als Fax oder als Datei der Krankenkasse vorliegt. <sup>3</sup>Dieses und weitergehende Regelungen zu den Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V zu regeln.

- 4) Kosten für genehmigte und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.
- 5) Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig sind oder wenn Leistungen der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, die nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse nicht vorgesehen sind.
- 6) <sup>1</sup>Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt des Zugangs der (teil-) ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer. <sup>2</sup>Die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V sind gehalten, Regelungen zum Zugang von (teil-)ablehnenden Entscheidungen beim Pflegedienst zu treffen.
- 7) Die Pflegedienste sowie die Krankenkassen sind verpflichtet, den Schutz von Sozialdaten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen sicherzustellen.

**§ 2a Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbrachten Leistungen**

- 1) Die Eignung für Verordnungen nach § 37 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 5a der HKP-Richtlinie liegt vor, wenn die Pflegefachkraft über eine abgeschlossene Ausbildung als
  - a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PflBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PflBRefG) oder
  - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PflBRefG) oder
  - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht verfügt sowie den Beruf nach a) – e) innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwölf Monate hauptberuflich ausgeübt hat, davon mindestens sechs Monate in der ambulanten Pflege.
  
- 2) <sup>1</sup>Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. <sup>2</sup>Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Die Leistungserbringer tragen hinsichtlich der Entscheidung über die Dauer und Häufigkeit die Verantwortung dafür, dass die Leistungen nur im notwendigen medizinischen Umfang verordnet werden, um das angestrebte ärztlich therapeutische oder diagnostische Ziel (ärztliche Behandlungsziel) zu erreichen. <sup>4</sup>Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht vergüten. <sup>5</sup>Der Leistungserbringer berücksichtigt bei der Festlegung der Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 5a Abs. 2 Satz 1 der HKP-Richtlinie die Empfehlungen des G-BA zur Dauer und Häufigkeit. <sup>6</sup>Abweichungen davon sind gemäß den Vorbemerkungen zum Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie auf der

Verordnung zu begründen. <sup>7</sup>Die Krankenkassen<sup>6</sup> sind berechtigt, bei Auffälligkeiten im Verordnungsverhalten des Pflegedienstes, insbesondere bei regelmäßiger Überschreitung der Empfehlungen des G-BA in der HKP-RL zu Häufigkeit und Dauer der verordnenden Maßnahmen, eine Stellungnahme von dem Pflegedienst zu verlangen. <sup>8</sup>Können die Auffälligkeiten nicht einvernehmlich aufgeklärt werden, wird ein Beratungsgespräch mit dem Pflegedienst mit der Zielsetzung, die Auffälligkeiten aufzuklären und ggf. auf wirtschaftliche Festlegungen des Pflegedienstes hinzuwirken, geführt. <sup>9</sup>Die Partner dieser Rahmenempfehlungen werden nach Abschluss der Evaluationsmaßnahmen nach § 37 Abs. 10 SGB V erneut Beratungen über die Ausgestaltung von Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der Versorgung nach § 37 Abs. 8 SGB V erbrachten Leistungen aufnehmen; jede Vertragspartei kann bereits vor Abschluss der Evaluation nach § 37 Abs. 10 SGB V zur Aufnahme von Verhandlungen über die Ausgestaltung auffordern. <sup>10</sup>§ 9 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Prüfung von Auffälligkeiten einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des über den Einzelfall hinausgehenden Verordnungsverhaltens des Pflegedienstes vorgebracht werden.

- 3) <sup>1</sup>Für die Bestimmung der Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen gemäß § 5a der HKP-Richtlinie verwendet die Pflegefachkraft nach Abs. 1 das von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt ausgestellte Muster Nr. 12 bzw. 12/E gemäß der Anlage 2 bzw. 2a des Bundesmantelvertrages-Ärzte. <sup>2</sup>Die Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung sind zu beachten und einzuhalten. <sup>3</sup>Die Vordrucke sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Stempel des Leistungserbringers zu versehen und von der Pflegefachkraft nach Abs. 1 persönlich unter Angabe ihrer Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V zu unterzeichnen.
- 4) <sup>1</sup>Bei nachträglichen Änderungen in der häuslichen Pflegesituation während eines laufenden Genehmigungszeitraumes, aus denen sich ausschließlich Änderungen in der Dauer und Häufigkeit von bereits verordneten und genehmigten Maßnahmen ergeben, entscheidet die

---

<sup>6</sup> Die Partner der Rahmenempfehlungen beabsichtigen nach Klärung einer ausreichenden datenschutzrechtlichen Grundlage die Überführung der Prüfungsbefugnis auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in ihrer Funktion als Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V

Pflegefachkraft nach Abs. 1 über die künftige Dauer und Häufigkeit unter Verwendung des als Anlage 1 diesen Rahmenempfehlungen beigefügten Formulars. <sup>2</sup>Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend. <sup>3</sup>Der Leistungserbringer legt die ausgefüllte Anlage 1 unverzüglich der Krankenkasse zur Genehmigung vor. <sup>4</sup>Der Leistungserbringer ist in diesen Fällen verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt gemäß § 2 Abs. 2 Satz 4 und 5 zu informieren. <sup>5</sup>Die von der Pflegefachkraft verordnete Dauer der Maßnahme kann im Zeitraum von 12 Monaten auf der Anlage 1 nur einmal verlängert und deren Häufigkeit nur zweimal erhöht werden; eine darüber hinausgehende Verlängerung oder Erhöhung bedarf einer neuen vertragsärztlichen Verordnung. <sup>6</sup>Die Fristen zur Übermittlung an die Krankenkasse gelten entsprechend.

- 5) Für die Verordnung nach diesem § 2a und die Form der Übermittlung an die Krankenkasse gilt § 2 Abs. 3 entsprechend; maßgebliches Ausstellungsdatum ist der Tag der vertragsärztlichen Verordnung.
- 6) Die Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Feststellung von Dauer und Häufigkeit stehen, können nach Maßgabe von § 7 bei der Kalkulation der Vergütung berücksichtigt werden.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V können hierfür auch eigenständige Vergütungspositionen vereinbaren.

### § 3 Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege

- 1) <sup>1</sup>Der Pflegedienst hat ein geeignetes Dokumentationssystem anzuwenden, das für die Erbringung der Leistung eine übersichtliche und nachvollziehbare Dokumentation ermöglicht. <sup>2</sup>Geeignet sind Dokumentationssysteme, mit denen die Dokumentation der auf die Erbringung der Leistung bezogenen Informationssammlung, Hinweise zur Durchführung, Hinweise zur Leistungserbringung sowie von Verlaufsbeobachtungen und notwendigen Abstimmungen mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt möglich ist. <sup>3</sup>Das Dokumentationssystem hat auch die Dokumentation der Planung der Durchführung der Leistungen zu ermöglichen, soweit eine Planung erforderlich ist.<sup>8</sup> <sup>4</sup>Soweit erforderlich, sind spezielle Formulare (z.B. Wunddokumentation, Medikamentenblatt) vorzuhalten.
- 2) <sup>1</sup>Zu Beginn des Versorgungsauftrages erfasst der Pflegedienst Stammdaten sowie die leistungsbezogenen Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für eine ordnungsmäßige Durchführung der Leistungen erforderlich sind. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage werden die Leistungen durchgeführt. <sup>3</sup>Die Leistungserbringung wird im Anschluss an die Durchführung auf dem Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegekraft abgezeichnet.
- 3) Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie Besonderheiten oder Abweichungen bei der Durchführung der Leistungen oder Beobachtungen im Verlauf werden im Pflegebericht/Berichtsblatt bzw. in speziellen Formularen festgehalten.
- 4) <sup>1</sup>Über leistungsrelevante Veränderungen berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. <sup>2</sup>Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. <sup>3</sup>Bei einer Änderung der ärztlichen Verordnung wird die Durchführung entsprechend angepasst.

---

<sup>8</sup> Die Festlegung der technischen Anforderungen an das Dokumentationssystem beinhaltet kein Präjudiz für die Frage, ob eine Planung erforderlich ist.

- 5) <sup>1</sup>Die Dokumentation ist i. d. R. bei der oder dem Versicherten aufzubewahren. <sup>2</sup>Soweit eine sichere Aufbewahrung bei der oder dem Versicherten nicht möglich ist, ist die Dokumentation beim ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.
- 6) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt mindestens drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.
- 7) <sup>1</sup>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken. <sup>2</sup>Wenn eine elektronische Dokumentation erfolgt, ist durch den Pflegedienst sicherzustellen, dass insbesondere die an der Versorgung beteiligte Vertragsärztin oder der an der Versorgung beteiligte Vertragsarzt Zugriff auf die Informationen aus der Dokumentation haben.

## § 4 Außerklinische ambulante Intensivpflege

### Allgemeines

- 1) Für die Versorgung von Versicherten nach Abs. 2 ist ein bestehender Vertrag für das jeweilige Bundesland nach § 132a Abs. 4 SGB V und eine Ergänzung<sup>9</sup> mit den nachfolgenden Regelungen Voraussetzung.
- 2) <sup>1</sup>Die Ergänzungsvereinbarung oder vertragliche Regelung nach Abs. 1 (nachfolgend Vereinbarung) regelt die Versorgung von beatmungspflichtigen und nicht beatmungspflichtigen Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktionen einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegefachkraft bedürfen und Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß der HKP-Richtlinie haben.  
<sup>2</sup>Dies betrifft die Versorgung von beatmungspflichtigen und nicht beatmungspflichtigen Versicherten, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können. <sup>3</sup>Hierbei handelt es sich um Versicherte, die kontinuierlich der Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bedürfen und gegebenenfalls um Versicherte mit Veränderungen der Vitalfunktion Atmung, wenn sie kontinuierlich bzw. zeitweise beatmet werden.
- 3) Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen gemäß Abs. 2 sind zu berücksichtigen, insbesondere durch einschlägige pädiatrische Qualifikationen bzw. Zusatzqualifikationen entsprechend der nachfolgenden Regelungen.
- 4) <sup>1</sup>Der Pflegedienst hat bei Abschluss der Ergänzungsvereinbarung oder Vereinbarung die Eignungen gemäß den Absätzen 6, 7 bzw. 8 (Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft oder die Fachbereichsleitung) zu erfüllen und in geeigneter Form

---

<sup>9</sup> Eine Ergänzungsvereinbarung ist nicht erforderlich, wenn sich die Vertragspartner auf entsprechende Regelungen nach diesem Paragraphen (außerklinische ambulante Intensivpflege) der Rahmenempfehlung im Versorgungsvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V (ggf. einschließlich Zusatz-/Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V) verständigt haben bzw. verständigen.



nachzuweisen. <sup>2</sup>Hierbei muss die Zusatzqualifikation in Höhe von 200 Stunden nach Abs. 7 nur dann nachgewiesen werden, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 oder 5 vorliegen.

- 5) <sup>1</sup>Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. <sup>2</sup>Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten sollte nicht mehr als 20 % des Versorgungsumfanges betragen. <sup>3</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die Pflegefachkräfte Eigentümerinnen oder Eigentümer oder Gesellschafterinnen oder Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes sind und sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt auf den ambulanten Pflegedienst bezieht. <sup>3</sup>Ausgenommen von der Regelung nach Satz 1 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.

<b>Spezifische Voraussetzungen zur Versorgung von beatmungspflichtigen Versicherten</b>
---

- 6) <sup>1</sup>Der Pflegedienst verfügt für die Versorgung von beatmungspflichtigen Versicherten nach Abs. 2 über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft gemäß Abs. 5 Sätze 1, 3 und 4 (gemäß § 1 Abs. 8 ist eine Teilzeitbeschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit grundsätzlich möglich), die ausgehend von § 1 nachfolgende Voraussetzungen erfüllt:
- Abgeschlossene Ausbildung als
- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfBRefG) oder
  - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfBRefG) oder
  - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

<sup>2</sup>Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine der folgenden Qualifikationen<sup>10</sup> nachgewiesen werden:

1. Atmungstherapeut/-in mit pflegerischer Ausbildung oder
2. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- /Intensivpflege oder
3. Einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich auf Intensivstationen oder Intermediate Care-Stationen oder in der außerklinischen Beatmung oder einer Weaningeinheit über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder
4. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder
5. Einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstation oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung) über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre.

<sup>3</sup>Die Rahmenfrist von fünf Jahren nach Satz 2 Nr. 3 und 5 verlängert sich um Zeiten, in denen die verantwortliche Pflegefachkraft

- a) wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
- b) als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,

höchstens jedoch auf acht Jahre mit der Maßgabe, dass mindestens ein Jahr der Berufserfahrung innerhalb der letzten vier Jahre nachgewiesen werden kann.

- 7) <sup>1</sup>Sind die Voraussetzungen nach Abs. 6 Satz 2 Nr.3 oder 5 gegeben, muss zusätzlich ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten Zusatzqualifikation über mindestens 200 Zeitstunden (140 Zeitstunden Theorie<sup>11</sup>, mindestens 60 Zeitstunden Praktikum) nachgewiesen werden. <sup>2</sup>Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften, z. B. „Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“ und haben die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Die

---

<sup>10</sup> Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen.

<sup>11</sup> Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt werden.

Zusatzqualifikation kann unter den nachfolgend genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen. <sup>4</sup>Die Zusatzqualifikation umfasst mindestens folgende Inhalte:

**Theoretischer Anteil** (140 Zeitstunden = 186 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten):

- 70 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den medizinisch–therapeutischen Themenblock; davon sind 14 UE zur Vertiefung der altersspezifischen oder generalistischen Ausbildungsinhalte vorgesehen
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: Berücksichtigung von möglichen Krisen– und Belastungssituationen, spezielle Krankheitslehre (z. B. Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie), Sauerstofflangzeittherapie, Grundlagen der Beatmung einschließlich Gerätekunde und Besonderheiten der Heimbeatmung sowie Beatmungszugängen (einschließlich Kanülenmanagement), Versorgung bei Weaningversagen nach Langzeitintensivtherapie (Langzeitweaning/Prognose)
- 48 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den pflegerischen Block; davon sind 8 UE zur Vertiefung der altersspezifischen oder generalistischen Ausbildungsinhalte vorgesehen
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: pflegerische Besonderheiten in der Neurologie und Palliativversorgung, Sekretmanagement, Ernährung, Schmerzmanagement, atemtherapeutische Maßnahmen, Hygiene, Notfallmanagement, Qualitäts– und Risikomanagement, rechtliche Aspekte (z. B. Patientenverfügung, Medizinproduktegesetz)
- 40 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den psychosozialen Themenblock; davon sind 8 UE zur Vertiefung der altersspezifischen oder generalistischen Ausbildungsinhalte vorgesehen
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: Gesprächsführung, Ethik, Stressmanagement und Konfliktmanagement, Überleitungsmanagement, professionelles Rollenverständnis, Personal– und Organisationsentwicklung, Copingstrategien, Angehörigenintegration
- 10 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf die vorgesehene Schwerpunktsetzung der Kursorganisatoren
- 18 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf die Facharbeit am Ende des Kurses.

### **Praktischer Anteil:**

<sup>5</sup>Von den mindestens 60 Zeitstunden Praktikum unter fachlicher Anleitung sind mindestens 2/3 der Zeitstunden in einem Weaningzentrum, in einer Einrichtung der intensivmedizinischen Rehabilitation oder einem Zentrum für außerklinische Beatmung oder auf einer internistischen oder interdisziplinären (Kinder-) Intensivstation zu absolvieren. <sup>6</sup>Das Praktikum kann nicht auf einer rein operativen (Kinder-) Intensivstation durchgeführt werden. <sup>7</sup>Maximal 1/3 der Zeitstunden können auch in einer Einrichtung für außerklinische Beatmungspflege absolviert werden (Wohngemeinschaft/organisierte Wohneinheit/betreutes Wohnen, stationäre Pflegeeinrichtung, außerklinische (Kinder-) Intensivkrankenpflege), die jedoch nicht zum Unternehmen/zur Unternehmensgemeinschaft des Kursteilnehmers gehören darf. <sup>8</sup>Im Falle einer altersspezifischen Schwerpunktsetzung (z. B. in der Pädiatrie) ist dies im Rahmen des Praktikums zu berücksichtigen.

- 8) <sup>1</sup>Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach den Absätzen 6 – 7 nicht erfüllt, kann der Pflegedienst auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach den Absätzen 6 – 7, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 1 Abs. 7, erfüllen müssen. <sup>2</sup>Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in Abs. 2 beschriebenen Leistungen.
- 9) <sup>1</sup>In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 12 erfüllt<sup>12</sup>. <sup>2</sup>Die vorübergehende Vertretung muss – entsprechend den getroffenen Regelungen in dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse angezeigt werden. <sup>3</sup>Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 bzw. Abs. 8 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich Pflegedienst und Krankenkasse auf eine geeignete Übergangsregelung.

---

<sup>12</sup> Die Vertretungskraft muss mindestens im gleichen Stellenumfang wie die zu vertretende verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung tätig sein.

- 10) Die Anzahl der zu beschäftigenden verantwortlichen Pflegefachkräfte nach Abs. 6 bzw. in den Fällen des Abs. 8 der eingesetzten Fachbereichsleitungen ist unter Berücksichtigung des medizinischen und pflegerischen Stands der Erkenntnisse in der Vereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V festzulegen und bei der Vergütung zu beachten.<sup>13</sup>
- 11) Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass bei Beginn der Leistungserbringung für beatmete Versicherte nach Abs. 2 die an der jeweiligen Versorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die fachliche Qualifikation gemäß Abs. 12 verfügen und hat dies in geeigneter Form der Krankenkasse nachzuweisen.
- 12) Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten Versicherten nach Abs. 2 übernehmen, müssen ausgehend von § 1 neben einer Ausbildung als
- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
  - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG) oder
  - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht,
- eine der folgenden Voraussetzungen bzw. Qualifikationen<sup>14</sup> aufweisen:
- 1. Atmungstherapeut/-in oder
  - 2. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege oder
  - 3. Einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder
  - 4. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder
  - 5. Einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege bei beatmungspflichtigen Kindern mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25

---

<sup>13</sup> Als Orientierungswert kann in der 24-Stunden-Pflege unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten ein Verhältnis von 1:12, wie es in aktuellen Leitlinien enthalten ist, herangezogen werden.

<sup>14</sup> Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen.

Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstationen oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung).

6. <sup>1</sup>Alternativ zur Berufserfahrung nach Nr. 3 oder 5 kann ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten und berufsbegleitenden Zusatzqualifikation über mindestens 120 Zeitstunden (40 Zeitstunden Theorie<sup>15</sup>, 80 Zeitstunden Praktikum) nachgewiesen werden. <sup>2</sup>Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“/ „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“ und haben die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Diese Zusatzqualifikation kann unter den nachfolgend genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen. <sup>4</sup>Die Zusatzqualifikation umfasst mindestens folgende Inhalte:

<sup>5</sup>**Theoretischer Anteil** (mindestens 40 Zeitstunden = 53 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten):

- 22 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den medizinisch-therapeutischen Themenblock
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: spezielle Krankheitslehre (z. B. Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie), Sauerstofftherapie, Grundlagen der Beatmung einschließlich Gerätekunde und Besonderheiten der Heimbeatmung sowie Beatmungszugängen (einschließlich Kanülenmanagement)
- 20 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den pflegerischen Themenblock
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: pflegerische Besonderheiten in der Neurologie und Palliativversorgung, Sekretmanagement, Ernährung, Schmerzmanagement, atemtherapeutische Maßnahmen, Hygiene, Notfallmanagement, rechtliche Aspekte (z. B. Patientenverfügung, Medizinproduktegesetz)

---

<sup>15</sup> Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt werden.

- 6 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den psychosozialen Themenblock
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: Ethik, Überleitungsmanagement, Angehörigenintegration, Copingstrategien
- 5 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf die vorgesehene altersspezifische oder generalistische Schwerpunktsetzung.

**Praktischer Anteil:**

<sup>6</sup>Das Praktikum umfasst 40 Zeitstunden in einer (pädiatrischen) außerklinischen Beatmungspflegeinstitution (Wohngemeinschaft/organisierte Wohneinheit, häusliche Beatmungspflege (1:1), betreutes Wohnen oder stationäre Pflegeeinrichtung) und 40 Zeitstunden in einem Beatmungs- oder Weaningzentrum oder in einer Klinik, die über eine internistische (Kinder-) Intensivstation oder eine Weaningstation verfügt, oder die alternativ eine interdisziplinäre (Kinder-) Intensivstation betreibt. <sup>7</sup>Das Praktikum kann nicht auf einer rein operativen (Kinder-) Intensivstation durchgeführt werden. <sup>8</sup>Für den Fall einer altersspezifischen Schwerpunktsetzung (z. B. in der Pädiatrie) ist dies im Rahmen des Praktikums zu berücksichtigen.

13) <sup>1</sup>Für neu eingestellte sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung nach Abs. 12 Satz 1 Buchstabe a – d, die nicht über eine Qualifikation nach Abs. 12 Satz 1 Nr. 1, 2, 4 oder 6 verfügen, hat der Pflegedienst die Berufserfahrung nach Abs. 12 Satz 1 Nr. 3 und 5 auf Anforderung entsprechend nachzuweisen. <sup>2</sup>Sofern diese nicht gegeben ist, hat der Pflegedienst die betreffenden Pflegefachkräfte mit der Aufnahme der intensivpflegerischen Betreuung zur Qualifikation nach Abs. 12 Satz 1 Nr. 6 anzumelden und deren Abschluss innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen. <sup>3</sup>Bei der Versorgung eines Versicherten können nicht mehrere Pflegefachkräfte nach Satz 2 gleichzeitig in einem Pflorgeteam eingesetzt werden. <sup>4</sup>Im Übrigen ist für diese Pflegefachkräfte ab Tätigkeitsbeginn sicherzustellen, dass diese mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten haben.

14) <sup>1</sup>Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen. <sup>2</sup>Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen

nach diesem Paragraphen erbringen, durch spezifische, interne und/oder externe Fortbildung je Kalenderjahr zu gewährleisten. <sup>3</sup>Die Fortbildungsmaßnahmen sollen die besonderen Belange der Versorgung von beatmungspflichtigen Versicherten ausreichend berücksichtigen. <sup>4</sup>Dazu zählen insbesondere die folgenden Themengebiete:

- spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes,
- Pflege des Tracheostomas, Kanülenwechsel,
- Sekretmanagement,
- Beatmungsgeräte und Therapieformen,
- Umgang mit enteraler und parenteraler Ernährung,
- Umgang mit Inhalations- und Absauggeräten,
- Wirkung/Nebenwirkung von Medikamenten,
- Bewertung von Vitalparametern (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring),
- notwendige Interventionen, bspw. bei Stoffwechsellage, Atmungs- und Kreislaufversagen,
- Einleitung, Durchführung von Notfallmaßnahmen,
- spezielle Hygienemaßnahmen.

<sup>5</sup>Die Fortbildungsverpflichtung entfällt für jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Kalenderjahre, in der die Zusatzqualifikation laut Abs. 7 oder Abs. 12 Satz 1 Nr. 6 erworben wird. <sup>6</sup>Art und Umfang der Dokumentation sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.



## Spezifische Voraussetzungen zur Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Versicherten

15) <sup>1</sup>Zur Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Versicherten nach Abs. 2 muss die verantwortliche Pflegefachkraft, ausgehend von § 1, nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:  
Abgeschlossene Ausbildung als

- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
- b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
- c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG)  
oder
- d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG)  
oder
- e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

<sup>2</sup>Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss die verantwortliche Pflegefachkraft zusätzlich über spezifische Kenntnisse zum jeweiligen Krankheitsbild verfügen, so dass sie die übrigen an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte nach Abs. 16 entsprechend einweisen und einarbeiten kann.

16) Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten Versicherten nach Abs. 2 übernehmen, müssen ausgehend von § 1 neben einer Ausbildung als

- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
- b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
- c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG)  
oder
- d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG)  
oder
- e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht,  
zusätzlich mindestens über eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen.

17) <sup>1</sup>Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, durch spezifische, interne und/oder externe Fortbildung in der Regel je Kalenderjahr zu

gewährleisten. <sup>2</sup>Art und Umfang der Dokumentation sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.

<b>Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung für beatmungspflichtige und nicht beatmungspflichtige Versicherte</b>
---

- 18) <sup>1</sup>Der Pflegedienst ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. <sup>2</sup>Eine persönliche Erreichbarkeit muss gewährleistet sein.
- 19) <sup>1</sup>Auf Verlangen ist der zuständigen Krankenkasse die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. <sup>2</sup>Dies kann z. B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.
- 20) <sup>1</sup>Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens. <sup>2</sup>Bestandteile der Leistungserbringung sind auch:
- Aufnahmegespräch/Erstgespräch bei Überleitung aus dem Krankenhaus/ Reha-Einrichtung die Vorbereitung der Übernahme des Versicherten im Rahmen des Krankenhaus- oder Reha-Entlassmanagements in die häusliche Versorgung,
  - die notwendige Information und Beratung des Versicherten und der Angehörigen,
  - Fallbesprechung mit anderen an der Versorgung Beteiligten.
- 21) Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Krankenkasse, Pflegedienst, den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den anderen hieran Beteiligten (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
- 22) <sup>1</sup>Der Pflegedienst orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. <sup>2</sup>Ziel der Rückzugspflege ist es, Versicherte und deren soziales Umfeld durch strukturierte Maßnahmen, insbesondere durch Anleitung und Schulung, in die Lage zu versetzen, sich an den krankenpflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. <sup>3</sup>Der Pflegedienst beachtet bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der krankenpflegerischen Inhalte und die Wünsche der Versicherten und des sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen aktiver und

passiver Pflegebereitschaft. <sup>4</sup>Ein Rückzug des Pflegedienstes darf erst dann erfolgen, wenn die oder der Versicherte und/oder das soziale Umfeld die erforderlichen krankenpflegerischen Maßnahmen in gebotener Weise selbstständig sicherstellen können und dies auch der Auffassung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes entspricht. <sup>5</sup>Die Anpassung des Versorgungsumfanges erfolgt nach ärztlicher Verordnung. <sup>6</sup>Die Ziele und strukturierten Maßnahmen sollen für alle Beteiligten nachvollziehbar festgehalten werden. <sup>7</sup>Der Pflegedienst dokumentiert alle Maßnahmen zur Rückzugspflege. <sup>8</sup>Er unterrichtet die zuständige Krankenkasse zeitnah über den Beginn, die voraussichtliche Dauer und das Ende von anleitenden Maßnahmen. <sup>9</sup>Mit dem Ende der Rückzugspflege ist das Ergebnis der Rückzugspflege der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der Krankenkasse zu übermitteln.

23) <sup>1</sup>Bei Hinweisen auf eine klinische Veränderung einer beatmeten Versicherten oder eines beatmeten Versicherten, insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungspotenzial schließen lassen, informiert der Pflegedienst die verantwortliche behandelnde Ärztin oder den verantwortlichen behandelnden Arzt oder mit Zustimmung der oder des Versicherten weitere an der Versorgung Beteiligte (Beatmungs-/Weaningzentrum, die oder der in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder Arzt oder das begleitende Krankenhaus). <sup>2</sup>Dies ist entsprechend durch den Pflegedienst zu dokumentieren.

24) <sup>1</sup>Versorgt ein Pflegedienst mindestens zwei Versicherte gemäß § 132a Abs. 4 Satz 1 4 SGB V in einer durch den Pflegedienst oder einen Dritten organisierten Wohneinheit, hat er dies gegenüber der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. <sup>2</sup>Dabei sind der zuständigen Krankenkasse folgende Informationen zu übermitteln:

- Name der/des Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, ggf. KV-Nummer des Versicherten,
- Adresse der/des Versicherten, ggf. davon abweichender Wohnort,
- Ggf. Name der Wohneinheit,
- Platzzahl der Wohneinheit,
- Pflegedienst (Name, Adresse, Institutionskennzeichen) und
- weitere von der Versorgung in der organisierten Wohneinheit betroffene Krankenkassen.

25) <sup>1</sup>Für Pflegedienste, die bereits auf der Grundlage vertraglicher Regelungen beatmungspflichtige Intensivpflegepatientinnen oder –patienten nach diesem Paragraphen versorgen oder versorgt haben, aber nicht die Voraussetzungen nach diesem Paragraphen erfüllen, sind in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V, die vor Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen geschlossen worden sind, Übergangsregelungen zur Anpassung an die Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. <sup>2</sup>Dabei darf ein Übergangszeitraum für die erforderlichen strukturellen Anpassungen des Pflegedienstes von vier Jahren nach Inkrafttreten dieses Paragraphen der Rahmenempfehlungen nicht überschritten werden. <sup>3</sup>Verhandlungen nach Satz 1 sollen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Paragraphen aufgenommen werden.

## § 5 Psychiatrische häusliche Krankenpflege

- 1) Für die psychiatrische häusliche Krankenpflege von Versicherten nach Abs. 2 ist ein bestehender Vertrag für das jeweilige Bundesland nach § 132a Abs. 4 SGB V und eine Ergänzung<sup>16</sup> mit den nachfolgenden Regelungen Voraussetzung.
- 2) Diese Ergänzungsvereinbarung oder vertragliche Regelung nach Abs. 1 (nachfolgend Vereinbarung) regelt die Versorgung der Versicherten, die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 4 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Abs. 7 SGB V i. V. m. der Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses in der Anlage zur Richtlinie erhalten (HKP-Richtlinie).
- 3) Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass für die Übernahme der Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf nach Abs. 2 im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die erforderlichen personellen und fachlichen Voraussetzungen der Absätze 5 und 6 und bei Beginn der Leistungserbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege auch des Absatzes 8 erfüllt sind.
- 4) <sup>1</sup>Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. <sup>2</sup>Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten sollte nicht mehr als 20 % der im Bereich psychiatrischen häuslichen Krankenpflege eingesetzten Pflegefachkräfte betragen. <sup>3</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die Pflegefachkräfte Eigentümerinnen bzw. Eigentümer oder Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes sind und sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt auf den ambulanten Pflegedienst bezieht. <sup>4</sup>Ausgenommen von der Regelung nach Satz 1 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.
- 5) <sup>1</sup>Der Pflegedienst verfügt für die Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten nach Abs. 2 über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft gemäß Absatz 4 Sätze 1, 3 und 4 (gemäß § 1 Abs. 8 ist eine Teilzeitbeschäftigung der

---

<sup>16</sup> Eine Ergänzungsvereinbarung ist nicht erforderlich, wenn sich die Vertragspartner auf entsprechende Regelungen entsprechend dieses Paragraphen (psychiatrische häusliche Krankenpflege) im Versorgungsvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V (ggf. einschließlich Zusatz-/Ergänzungsvereinbarungen zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V) verständigt haben bzw. verständigen.

verantwortlichen Pflegefachkraft im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit grundsätzlich möglich), die ausgehend von § 1 nachfolgende Voraussetzungen erfüllt:

Abgeschlossene Ausbildung als

- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
- b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
- c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
- d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG) oder
- e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

<sup>2</sup>Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine der folgenden

Qualifikationen<sup>17</sup> nachgewiesen werden:

1. eine staatlich anerkannte/zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder
2. eine Weiterbildung zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie gemäß der
  - Weiterbildungsverordnung Psychiatrie oder
  - Weiterbildungsverordnung Gerontopsychiatrie oder
  - DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder
3. eine Weiterbildung auf der Grundlage des Curriculums: „Ambulante und gemeindenahere Pflege psychisch kranker Menschen“ nach H. Haynert, Universität Witten-Herdecke, Dezember 2010, sofern neben dem Theorieteil des Curriculums ein verzahnter Praxisteil mindestens im Umfang von 120 Zeitstunden berufspraktischer Erfahrung mit Selbsterfahrung (ggf. in Kooperation) absolviert wird oder
4. ein staatlich anerkannter Studienabschluss mit dem Schwerpunkt psychiatrische Versorgung

und eine hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten 8 Jahre von mindestens 2 Jahren nach erteilter Erlaubnis in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrischen

---

<sup>17</sup> Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen

Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen) sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

- 6) <sup>1</sup>Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach Abs. 5 nicht erfüllt, kann der Pflegedienst auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach den Absätzen 5, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 1 Abs. 7, erfüllen müssen. <sup>2</sup>Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in Abs. 2 beschriebenen Leistungen.
- 7) <sup>1</sup>In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 8 erfüllt.<sup>18</sup> <sup>2</sup>Die vorübergehende Vertretung muss – entsprechend den getroffenen Regelungen in dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse angezeigt werden. <sup>3</sup>Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 5 bzw. Abs. 6 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich Pflegedienst und Krankenkasse auf eine geeignete Übergangsregelung.
- 8) <sup>1</sup>Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Versicherten nach Abs. 2 übernehmen, müssen neben einer Ausbildung als
- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
  - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG) oder
  - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht über eine ausreichende Berufserfahrung in der pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen oder eine Zusatzqualifikation in

---

<sup>18</sup> Die Vertretungskraft muss mindestens im gleichen Stellenumfang wie die zu vertretende verantwortliche Pflegekraft bzw. die Fachbereichsleitung tätig sein.

Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden nachweisen können.

<sup>2</sup>Als ausreichende Berufserfahrung ist eine einschlägige Berufserfahrung von mindestens 1 Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten 5 Jahre in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrische Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen), in stationären Einrichtungen des SGB XI mit einem speziellen Versorgungsauftrag für psychisch erkrankte Pflegebedürftige sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege anzusehen. <sup>3</sup>Die Rahmenfrist von fünf Jahren nach Satz 1 verlängert sich um Zeiten, in denen die Pflegefachkraft

- a) wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
- b) als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,

höchstens jedoch auf 8 Jahre.

<sup>4</sup>Im Rahmen der Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie müssen bezogen auf den theoretischen Teil mindestens folgende Inhalte vermittelt werden (Umfang von mind. 200 Zeitstunden <sup>19</sup>):

- Pflege psychisch kranker Menschen planen, durchführen, dokumentieren
- professionelle Pflege psychisch kranker Menschen
- Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie
- Kenntnisse über psychische Störungen und Begleitung psychisch kranker Menschen in Krisen und schwierigen Situationen.

<sup>5</sup>Neben dem theoretischen Teil muss ein Praxisteil mit einem Umfang von mind. 120 Zeitstunden absolviert werden. <sup>6</sup>Der Praxisteil kann in einem Krankenhaus, in einer psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Einrichtung (Institutsambulanz, Fachpflegedienst, Tagesklinik, Reha-Einrichtung) durchgeführt werden.

---

<sup>19</sup> Von der Gesamtstundenzahl des theoretischen Unterrichtsteils sollen mindestens 50% in Präsenzphasen vermittelt werden.



9) <sup>1</sup>Für neu eingestellte sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung nach Abs. 8 Satz 1 Buchstabe a–e, die nicht über eine Zusatzqualifikation in Psychiatrie/Gerontopsychiatrie verfügen, hat der Pflegedienst die Berufserfahrung auf Anforderung entsprechend nachzuweisen. <sup>2</sup>Sofern diese nicht gegeben ist, hat der Pflegedienst die betreffenden Pflegefachkräfte mit der Aufnahme der fachpflegerischen Versorgung bei Versicherten nach Abs. 2 zur Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie anzumelden und deren Abschluss innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen.

<sup>3</sup>Bis dahin dürfen diese Pflegefachkräfte unter folgenden Voraussetzungen eingesetzt werden:

- Die verantwortliche Pflegefachkraft / Fachbereichsleitung hat sich vor dem erstmaligen Einsatz bei einer oder einem Versicherten zu vergewissern, dass die Versorgung durch die betreffende Pflegefachkraft im konkreten Fall möglich ist, und dies laufend weiter zu überwachen;
- bei der Versorgung der oder des betreffenden Versicherten ist neben der noch zu qualifizierenden Pflegefachkraft mindestens eine Pflegefachkraft einzusetzen, welche die Qualifikation bereits aufweist, und
- es erfolgt eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung; mindestens die ersten fünf Behandlungseinheiten in der Versorgung der oder des jeweiligen Versicherten vor Ort werden durch eine bereits qualifizierte Pflegefachkraft begleitet.

10) <sup>1</sup>Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen. <sup>2</sup>Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, durch spezifische, interne und/oder externe Fortbildungen je Kalenderjahr zu gewährleisten. <sup>3</sup>Ziel dieser Maßnahmen ist es, die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, die Versicherten nach dem jeweils anerkannten Stand medizinisch–pflegerischer Erkenntnisse zu versorgen. <sup>4</sup>Art und Umfang der Dokumentation sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.

- 11) <sup>1</sup>Der Pflegedienst ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. <sup>2</sup>Die persönliche Erreichbarkeit einer für die Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege strukturiert eingewiesenen Ansprechperson muss gewährleistet sein; einer weitergehenden pflegefachlichen Qualifikation bedarf es nicht.
- 12) <sup>1</sup>Auf Verlangen ist der zuständigen Krankenkasse die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. <sup>2</sup>Dies kann z.B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.
- 13) Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens. Bestandteile der Leistungserbringung sind auch:
- Aufnahmegespräche sowie alle Maßnahmen bei Überleitung in/aus dem Krankenhaus/der stationsäquivalenten Behandlung/der Reha-Einrichtung sowie die Vorbereitung der Übernahme der oder des Versicherten im Rahmen des Krankenhaus- oder Reha-Entlassmanagements in die häusliche Versorgung,
  - die notwendige Information und Beratung der oder des Versicherten und der Angehörigen,
  - Fallbesprechungen mit anderen an der Versorgung Beteiligten.
- 14) Der Pflegedienst soll mit (gemeinde-)psychiatrischen Verbänden oder anderen vernetzten Behandlungsstrukturen zusammenarbeiten.
- 15) Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Krankenkasse, Pflegedienst, den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den anderen hieran Beteiligten (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
- 16) <sup>1</sup>Für Pflegedienste, die bereits auf der Grundlage vertraglicher Regelungen psychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten nach diesem Paragraphen versorgen oder versorgt haben, aber nicht die Voraussetzungen nach diesem Paragraphen erfüllen, sind in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V, die vor Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen geschlossen worden sind, Übergangsregelungen zur Anpassung an die Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. <sup>2</sup>Dabei darf ein Übergangszeitraum für die erforderlichen strukturellen Anpassungen des

Pflegedienstes von vier Jahren nach Inkrafttreten dieses Paragraphen der Rahmenempfehlungen nicht überschritten werden. <sup>3</sup>Verhandlungen nach Satz 1 sollen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Paragraphen aufgenommen werden.

## **§ 6 Anforderungen an die Eignung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden**

- 1) Die Partner der Rahmenempfehlungen streben für Versicherte mit chronischen und schwer heilenden Wunden, die Leistungen nach Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie benötigen, eine diesbezügliche Versorgung durch Leistungserbringer an, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert haben (spezialisierte Leistungserbringer).
- 2) Spezialisierte Leistungserbringer benötigen für die Versorgung von Versicherten einen Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V (Versorgungsvertrag), der die einzelnen Voraussetzungen zur spezialisierten Wundversorgung regelt.
- 3) Der spezialisierte Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass für die Übernahme der Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf nach Abs. 1 die nachfolgenden personellen, fachlichen, organisatorischen und sachlichen Voraussetzungen jederzeit erfüllt sind.
- 4) <sup>1</sup>Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. <sup>2</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die Pflegefachkräfte Eigentümerinnen bzw. Eigentümer oder Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter des spezialisierten Leistungserbringers sind und sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt auf den spezialisierten Leistungserbringer bezieht. <sup>3</sup>Ausgenommen von der Regelung nach Satz 1 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.
- 5) <sup>1</sup>Der spezialisierte Leistungserbringer verfügt für die Versorgung von Versicherten mit chronischen und schwer heilenden Wunden nach Abs. 1 über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft gemäß Abs. 4 (gemäß § 1 Abs. 8 ist eine Teilzeitbeschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit grundsätzlich möglich), die ausgehend von § 1 nachfolgende Voraussetzungen erfüllt:

Abgeschlossene Ausbildung als

- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
- b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
- c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG)  
oder
- d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG)  
oder
- e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

<sup>2</sup>Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorliegen. <sup>3</sup>Die notwendige Zusatzqualifikation umfasst mindestens 168 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten. <sup>4</sup>Die Inhalte der theoretischen Schulung (inklusive fachpraktischer Unterricht) orientieren sich curricular an Weiterbildungen, die folgende Mindestinhalte umfassen:

- **Grundlagen**
  - Physiologie und Anatomie der Haut
  - Gefäßsystem
  - Wunde, Wundheilung
  - Mikrobiologie und Hygiene
- **Krankheitsbilder wie**
  - Gefäßbedingte Erkrankungen
  - Chronische Venöse Insuffizienz (CVI) und Ulcus Cruris
  - Differentialdiagnosen des Ulcus Cruris
  - Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)
  - Lymphangiopathien
  - Diabetisches Fußsyndrom (DFS)
  - Dekubitalulcus und Dekubitusprophylaxe
- **Lokaltherapie: Behandlungsprozess/Management**
  - Wundbehandlungsprozess
  - Debridement
  - Wundbehandlungsmittel und deren Anwendungsmethoden

- Vakuumversiegelung
- Verbandstechniken
- Stagnierende Wunden
- Palliative Wundversorgung bei inoperablen (ex)ulzerierenden/entstellenden Hauttumoren, Metastasen, Sarkomen
- Plastisch-rekonstruktive Maßnahmen
- Verbrennung,
- Verbrennungswunde, Strahlenulcus und instabile Narben
- **Adjuvante (unterstützende) Maßnahmen**
  - Kompressionstherapie
  - Schmerzerfassung und -therapie
  - Ernährung
  - Heilmittel
  - Orthopädietechnik und Hilfsmittel
  - Hyperbare Sauerstoff-Therapie (HBO)
- **Rahmenbedingungen/ergänzende Themenbereiche**
  - Dokumentation
  - Wunddokumentation
  - ergänzende Dokumentation in der Lymphologie
  - Qualitätssicherung in der Wundtherapie
  - Schnittstellenmanagement (Organisation, Überleitungs- und Entlassungsmanagement).

<sup>5</sup>Die Zusatzqualifikation wird mit einer erfolgreich bestandenen Prüfung abgeschlossen. <sup>6</sup>Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. <sup>7</sup>Dabei sind die einzelnen Module mit den Umfängen im Zertifikat auszuweisen. <sup>8</sup>Das Zertifikat ist der vertragsschließenden Krankenkasse vorzulegen.

- 6) <sup>1</sup>Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach Abs. 5 nicht erfüllt, kann der spezialisierte Leistungserbringer auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach Abs. 5, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 1 Abs. 7, erfüllen

müssen. <sup>2</sup>Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in Abs. 1 beschriebenen Leistungen.

- 7) Soweit bereits bestehende Pflegedienste keine verantwortliche Pflegefachkraft oder Fachbereichsleitung mit einer Zusatzqualifikation nach Abs. 5 Sätze 2–8 vorhalten, sind die Voraussetzungen nach Abs. 5 oder 6 für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren seit Inkrafttreten dieses Paragraphens auch erfüllt, wenn
- a) sich bei dem Pflegedienst eine Pflegefachkraft in Weiterbildung nach Abs. 5 Sätze 2–8 befindet und
  - b) eine externe Fachkraft, die die Voraussetzungen des Abs. 5 erfüllt und mit der ein Kooperationsvertrag besteht, hinzugezogen wird.
- 8) <sup>1</sup>In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 9 erfüllt<sup>20</sup>. <sup>2</sup>Die vorübergehende Vertretung muss – entsprechend den getroffenen Regelungen in dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse angezeigt werden. <sup>3</sup>Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 5 bzw. Abs. 6 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich der spezialisierte Leistungserbringer und die vertragsschließende Krankenkasse auf eine geeignete Übergangsregelung.
- 9) <sup>1</sup>Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Versicherten nach Abs. 1 übernehmen, müssen über eine der folgenden Ausbildungen verfügen:
- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder

---

<sup>20</sup> Die Vertretungskraft muss mindestens im gleichen Stellenumfang wie die zu vertretende verantwortliche Pflegekraft bzw. die Fachbereichsleitung tätig sein.

- d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PflBRefG)  
oder
- e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

<sup>2</sup>Zusätzlich muss eine spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorliegen. <sup>3</sup>Die notwendige Zusatzqualifikation umfasst mindestens 84 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten. <sup>4</sup>Die Inhalte der theoretischen Schulung (inklusive fachpraktischer Unterricht) orientieren sich curricular an Weiterbildungen, die folgende Mindestinhalte umfassen:

- **Grundlagen**
  - Physiologie und Anatomie der Haut
  - Gefäßsystem
  - Wunde, Wundheilung
  - Mikrobiologie und Hygiene
- **Krankheitsbilder wie**
  - Gefäßbedingte Erkrankungen
  - Chronische venöse Insuffizienz und Ulcus Cruris
  - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)
  - Lymphangiopathien
  - Diabetisches Fußsyndrom (DFS)
  - Dekubitalulcus und Dekubitusprophylaxe
- **Lokaltherapie: Behandlungsprozess/Management**
  - Wundbehandlungsprozess
- **Adjuvante (unterstützende) Maßnahmen**
  - Kompressionstherapie
  - Schmerzerfassung und -therapie
  - Ernährung
- **Rahmenbedingungen/ergänzende Themenbereiche**
  - Wunddokumentation
  - Qualitätssicherung in der Wundtherapie und Schnittstellenmanagement

<sup>5</sup>Die Zusatzqualifikation wird mit einer erfolgreich bestandenen Prüfung abgeschlossen.

<sup>6</sup>Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. <sup>7</sup>Dabei sind die einzelnen Module mit den Umfängen im Zertifikat auszuweisen. <sup>8</sup>Das Zertifikat ist der vertragschließenden Krankenkasse vorzulegen.



10) <sup>1</sup>Alle Pflegefachkräfte, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung für ihre Tätigkeit im Rahmen der Wundversorgung verfügen. <sup>2</sup>Der Träger des spezialisierten Leistungserbringers ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des spezialisierten Leistungserbringers, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, durch fachspezifische, interne und/oder externe Fortbildungen zu gewährleisten. <sup>3</sup>Die Fortbildungsmaßnahmen dienen der Aktualisierung des fachspezifischen Wissens zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (z. B. erfolgreiches Wundmanagement durch phasengerechte Wundversorgung, Grundlagen Haut und Wundheilung, Wundheilungsphasen, phasengerechte Wundbehandlung, Wundheilungsstörungen und Stagnation) oder der Rezertifizierung. <sup>4</sup>Der Umfang der Fortbildungen beträgt 10 Zeitstunden je Kalenderjahr und je Mitarbeiterin und Mitarbeiter und wird auf eine in einem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V geregelte allgemeine Fortbildungsverpflichtung angerechnet. <sup>5</sup>Die Fortbildung muss sich auf fachspezifische Themen beziehen und produktneutral ausgerichtet sein. <sup>6</sup>Art und Umfang der Dokumentation der Fortbildung sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.

11) Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

12) <sup>1</sup>Im Rahmen der Dokumentation ist die Wundbeschreibung mit Einschätzungen zum Wundverlauf insbesondere unter Berücksichtigung der folgenden Parameter anzugeben:

- Wundlokalisierung
- Wundgröße
- Wundfläche, Gewebearten
- Wundrand
- Wundumgebung
- Wundexsudat
- Wundgeruch

<sup>2</sup>Mit Einwilligung der oder des Versicherten ist in der Regel eine Fotodokumentation durch den spezialisierten Leistungserbringer zu führen. <sup>3</sup>Im Rahmen der Wundversorgung sind

wund- und therapiebedingte Einschränkungen der oder des Versicherten, die Selbstmanagementkompetenz von Versicherten und Angehörigen und die Auswirkungen auf die Lebensqualität zu erfassen und zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung führt eine regelmäßige Wundeinschätzung (mindestens alle vier Wochen) sowie Einschätzung der Versorgungssituation durch und regt erforderlichenfalls eine Anpassung der Maßnahmen bei der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt an. <sup>5</sup>Insbesondere bei neu aufgetretenen Entzündungszeichen, Schmerzen oder bei Verschlechterung des Wundzustandes sowie der zugrundeliegenden chronischen Krankheit informiert der spezialisierte Leistungserbringer umgehend die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.

13) <sup>1</sup>Der spezialisierte Leistungserbringer gewährleistet eine enge Abstimmung mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt sowie eine regelmäßige Kommunikation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten. <sup>2</sup>Sofern entsprechende Möglichkeiten vorhanden sind, soll der spezialisierte Leistungserbringer unter Beachtung des rechtlich Zulässigen mit anderen an der Versorgung Beteiligten (z. B. Kliniken, Spezialambulanzen) im Sinne eines Netzwerkes zusammenarbeiten. <sup>3</sup>Diese Zusammenarbeit ist transparent und nachvollziehbar darzustellen. <sup>4</sup>Die Regelungen in § 128 Abs. 1 bis 3 SGB V zur unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gelten nach Maßgabe des § 128 Abs. 6 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 128 Abs. 6 Satz 1 und 2 SGB V entsprechend. <sup>5</sup>Der spezialisierte Leistungserbringer darf sich keine geldwerten Vorteile für die Zuweisung von Verordnungen über Verbandmittel von einem Lieferanten versprechen oder gewähren lassen.

14) <sup>1</sup>Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Krankenkasse, den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den anderen hieran Beteiligten unter Einbeziehung des spezialisierten Leistungserbringers (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V). <sup>2</sup>In den Vereinbarungen nach § 132a Abs. 4 SGB V können Regelungen zum Aufnahme-/Erstgespräch bei Überleitung aus dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung und dessen Vergütung getroffen werden.

- 15) <sup>1</sup>Auf Verlangen ist der zuständigen Krankenkasse die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. <sup>2</sup>Dies kann z. B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.
- 16) <sup>1</sup>Die Anforderungen nach Abs. 9 Satz 2 ff. sind bei bereits bestehenden Pflegediensten mit einem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V auch erfüllt, wenn zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Paragraphens alle Pflegefachkräfte, die die Versorgung eigenverantwortlich übernehmen, eine Zusatzqualifikation im Bereich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in Höhe von 56 UE nachweisen können; innerhalb von weiteren zwei Jahren sollen mindestens 50 % der die Versorgung eigenverantwortlich durchführenden Pflegefachkräfte einen Abschluss nach den Regelungen des Abs. 9 Satz 2 ff. erzielt haben. <sup>2</sup>Innerhalb weiterer zwei Jahre müssen alle die Versorgung eigenverantwortlich durchführenden Pflegefachkräfte diese Qualifizierung nachweisen.
- 17) <sup>1</sup>Ein nicht-spezialisierter Pflegedienst mit Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V kann gegenüber Versicherten für den jeweiligen Verordnungszeitraum Leistungen nach Nr. 31a Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie erbringen<sup>21</sup>. <sup>2</sup>Hat die Krankenkasse die Genehmigung einem nicht-spezialisierten Pflegedienst erteilt, darf sie innerhalb eines laufenden Genehmigungszeitraums nur mit einem Vorlauf von mindestens einer Woche einen spezialisierten Leistungserbringer gegenüber der oder dem Versicherten benennen, der die Versorgung übernimmt. <sup>3</sup>Erbringt der nicht-spezialisierte Pflegedienst bereits im Rahmen des § 2 Abs. 3 die Versorgung, so gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass anstelle des Genehmigungszeitraums auf den Verordnungszeitraum abzustellen ist. <sup>4</sup>Der nicht-spezialisierte Pflegedienst ist zugleich über die Versorgungsübernahme zu informieren. <sup>5</sup>Die Sätze 2 bis 4 finden ab dem 01.10.2022 Anwendung.
- 18) <sup>1</sup>Die Versorgung nach Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie kann gemäß § 1 Abs. 3 der HKP-Richtlinie auch in Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen,

---

<sup>21</sup> Nach den Ausführungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 15.08.2019 ist davon auszugehen, dass bei der Versorgung durch einen nicht-spezialisierten Pflegedienst kürzere Verordnungszeiten und eine engmaschige Kontrolle durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt erfolgen.

wenn die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt die Notwendigkeit festgestellt und dies auf der Verordnung angegeben hat. <sup>2</sup>Eine spezialisierte Einrichtung außerhalb der Häuslichkeit ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln. <sup>3</sup>Sie muss in der Lage sein, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. <sup>4</sup>Die Versorgung erfolgt in geeigneten Räumlichkeiten der Einrichtung. <sup>5</sup>Zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Versorgung in den Einrichtungen müssen neben den in den Absätzen 1 bis 15 genannten Voraussetzungen zusätzlich folgende strukturelle Mindestvoraussetzungen erfüllt sein:

- In sich geschlossene und gewerblich nutzbare Geschäftsräume mit eigenständigem Telefonanschluss (nicht allein Mobilfunk).
- Die Räumlichkeiten müssen septische und aseptische Anforderungen / Voraussetzungen erfüllen.
- Die Empfehlungen zur Hygiene- und Infektionsprävention des RKI und entsprechende Empfehlungen der Fachgesellschaften sind anzuwenden.
- Die medizinisch-pflegerische Ausstattung muss den technischen und medizinischen Standards entsprechen.

## **§ 7 Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und für die Vergütung von längeren Wegezeiten**

- 1) <sup>1</sup>Ein Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Abs. 4 SGB V ist auf der Grundlage eines individuellen Abschlusses oder des Beitritts zu einer Kollektivvereinbarung möglich. <sup>2</sup>Der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung ist nur mit einem/für einen Pflegedienst zulässig, für den eine vertragliche Vereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V besteht. <sup>3</sup>Entsprechende Vergütungsvereinbarungen sind auf der Grundlage von Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu schließen.
- 2) Das System zur Vergütung von häuslicher Krankenpflege soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
  1. Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und handhabbar sein.
  2. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
  3. <sup>1</sup>Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich geführt als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen. <sup>2</sup>Kostengrundverhandlungen kommen bis zur Vereinbarung kalkulatorischer Zeitaufwände entsprechend Abs. 19 nur dann zur Anwendung, wenn die Leistungen nach Zeit vergütet werden (z. B. außerklinische Intensivpflege). <sup>3</sup>Die Vertragsparteien nach § 132a Abs. 4 SGB V können von Nr. 3 Satz 1 nur einvernehmlich abweichen.
  4. Soweit von einem Pflegedienst oder einer Gruppe von Pflegediensten in der Zeit bis zur Vereinbarung von kalkulatorischen Zeitaufwänden nach Abs. 19 erstmals diejenigen Kosten offengelegt werden, auf die sich die geltend gemachten Steigerungen beziehen, weil in der Vergangenheit nur Preisverhandlungen geführt wurden, sind entsprechend der Regelungen der Absätze 7–9 und 11, 13–14 transparent und plausibel dargelegten Kosten als Grundlage der Steigerung anzuerkennen.

- 3) <sup>1</sup>Vergütungsverhandlungen sind als Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu führen. <sup>2</sup>Grundlage für Vergütungsverhandlungen ist eine prospektive Kalkulation. <sup>3</sup>In diese prospektive Kalkulation fließen abhängig vom Verhandlungsgegenstand folgende Gestehungskosten ein:
- Die Personal- und Personalnebenkosten (insbesondere Pflegepersonal, Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen, Personaloverhead<sup>22</sup> für angestellte Geschäftsführung, für pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, Rufbereitschaft, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrparkmanagement), unter Einschluss anfallender Personalaufwendungen für die Entleihung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Zeitarbeitsfirmen (nach AÜG) zur Überbrückung nicht zu vertretender zeitweiser Personalengpässe; ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit der Inanspruchnahme von Zeitarbeitsfirmen ist hiermit nicht verbunden.
  - Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung, insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung, IT-Kosten, Fuhrpark einschließlich der dazugehörigen Sachkosten, Versicherungen, Fortbildungskosten, pflegerische Sachkosten, Aufwendungen für Fremddienstleistungen<sup>23</sup>,
  - ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes,
  - eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals.
- 4) <sup>1</sup>Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. <sup>2</sup>Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. <sup>3</sup>Der Pflegedienst ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 1

---

<sup>22</sup> Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

<sup>23</sup> Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrpark zu subsumieren.

jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nach Maßgabe von Abs. 10 nachzuweisen.

- 5) <sup>1</sup>Bei der Vereinbarung der Vergütung der häuslichen Krankenpflege ist der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V zu beachten. <sup>2</sup>Eine über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehende Vergütungssteigerung ist nur möglich, wenn dies durch die Zahlung von Vergütungen nach Abs. 4 Satz 1 begründet ist oder wenn die Betriebs- und Kostenstruktur eines Pflegedienstes bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine höhere Vergütung erfordert. <sup>3</sup>Die Darlegung und Substantiierung obliegt dem Pflegedienst.
- 6) <sup>1</sup>Die Vergütung wird prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart. <sup>2</sup>Die Vergütungsvereinbarung wird auch für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum geschlossen oder durch eine Schiedsperson festgesetzt, sofern für diesen Zeitraum noch keine Vergütungsvereinbarung getroffen und vor Beginn des entsprechenden Zeitraums zur Verhandlung aufgefordert wurde. <sup>3</sup>Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand soll die Vergütung für in der Vergangenheit liegende Zeiträume über Kompensationszuschläge erfolgen.

### Einzelverhandlungen

- 7) <sup>1</sup>Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. <sup>2</sup>Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. <sup>3</sup>Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines Pflegedienstes zu erkennen sein. <sup>4</sup>Dabei ist der Verteilungsmaßstab für Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:
- Die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf den Pflegedienst je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil und – soweit vorhanden – Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation).

- Für die Entlohnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung zur Verfügung zu stellen. Bei sogenannten Haustarifen bzw. individuellen Vergütungsrichtlinien bzw. –vereinbarungen ist zusätzlich als Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung des Trägers der Pflegeeinrichtung erforderlich.
- Sachkostenkalkulation unter Differenzierung der nach Abs. 3 Satz 2 2. Spiegelpunkt genannten Kostenpositionen.

<sup>6</sup>Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen und zu den Nachweisen nach Abs. 8 vereinbaren die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V.

8) <sup>1</sup>Reichen die Angaben des Pflegedienstes für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 7 nach substantiiertem Darlegung der vertragschließenden Krankenkasse nicht aus, sind durch den Pflegedienst weitere Nachweise vorzulegen. <sup>2</sup>Unter der Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit, kann der Nachweis zu den bestrittenen Kostenpositionen insbesondere wie folgt geführt werden:

- Weitere Konkretisierungen der zu erwartenden Kostenlast und ggf.
- pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe der Einstufung und Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in das Unternehmen, jeweiliger wöchentlicher Arbeitszeit in den einzelnen Monaten (Personalliste Gestehungskosten) und ggf.
- Lohnjournale je Beschäftigungsgruppe zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte i.S.d. § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB IV (ohne steuerrechtliche Angaben und ohne Gehaltsangaben zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) oder pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste entspricht) in einem geeigneten Format jeweils für den letzten Vergütungszeitraum, höchstens für die letzten zwölf Monate vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung. Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären und ggf.
- verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird und ggf.



- vergütungsrelevante Angaben zur häuslichen Krankenpflege aus dem Jahresabschluss, insbesondere sofern diese zur Bestimmung des Zuschlags für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos erforderlich sind.

9) <sup>1</sup>Soweit bei Kostensteigerungsverhandlungen auf vereinbarte Vergütungen der Vorjahre als Basis für aktuelle Vergütungsverhandlungen zurückgegriffen werden kann, bezieht sich die Darlegungs- und Substantiierungslast auf die Basis und die eingetretenen Veränderungen bei den Kostenpositionen, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütungen rechtfertigen.

<sup>2</sup>Die Prüfungsbefugnis der Krankenkasse bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.

<b>Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte</b>
---

10) <sup>1</sup>Bei Vergütungsvereinbarungen, die auf der Basis von Abs. 2 Nr. 3 Satz 1 zustande gekommen sind, weist der Pflegedienst auf Verlangen der vertragsschließenden Krankenkasse (bzw. bei mehreren Leistungsträgern als Vertragspartner gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam) durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen, die Geschäftsgrundlage dieser Vergütungsvereinbarung geworden sind, tatsächlich geleistet wurden. <sup>2</sup>Soweit in die Vereinbarungen nach Satz 1 bei Pflegediensten, die weder tarifgebunden sind noch einen Tarif anwenden, durchschnittliche Gehaltssteigerungen eingeflossen sind, weist der Pflegedienst auf entsprechendes Verlangen nach, dass die Gehaltssteigerungen im Durchschnitt tatsächlich umgesetzt wurden; falls Angestellte an der Gesellschaft beteiligt sind, müssen die durchschnittlichen tatsächlichen Gehaltssteigerungen für die anderen Angestellten den Geschäftsgrundlage gewordenen durchschnittlichen Gehaltssteigerungen entsprechen. <sup>3</sup>Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. <sup>4</sup>Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten 12 abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Krankenkasse, wird wie folgt geführt:

- pseudonymisierte Personalliste mit Angabe der Qualifikation, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit und des darauf beruhenden Vollzeitstellenäquivalentes sowie

evtl. des Ein- und Austritts von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern während des Prüfungszeitraumes, und ggf.

- ein in entsprechender Weise pseudonymisiertes Lohnjournal für den betreffenden Zeitraum zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte je Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter.

<sup>5</sup>Sofern auf der Grundlage der vorgenannten Unterlagen berechnete Zweifel der vertragsschließenden Krankenkasse an den angegebenen Personalkosten bestehen, sind pseudonymisierte Lohn- und Gehaltsnachweise sowie Auszüge aus den Arbeitsverträgen mit den Regelungen zu den Bezügen vorzulegen. <sup>6</sup>Für die Einreichung der Nachweisunterlagen ist eine angemessene Frist einzuräumen, die vier Wochen ab Zugang des Nachweisverlangens nicht unterschreiten darf. <sup>7</sup>Die Übersendung kann auch in elektronischer Form erfolgen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. <sup>8</sup>Die schriftliche Mitteilung des Prüfungsergebnisses soll innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der angeforderten Unterlagen erfolgen.

## **Gruppen- bzw. Kollektivverhandlungen**

- 11) Die unter dem Abschnitt Einzelverhandlungen genannten Grundsätze gelten unter Berücksichtigung der nachfolgenden Besonderheiten auch bei Gruppen- und Kollektivverhandlungen entsprechend.
- 12) <sup>1</sup>Der vertragsschließenden Krankenkasse ist für jeden im Kollektiv vertretenen Pflegedienst eine Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen. <sup>2</sup>Sofern sich eine Krankenkasse durch einen Verband oder eine andere Krankenkasse vertreten lässt, legen die Vertretungsberechtigten eine Verhandlungs- und Abschlussvollmacht oder einen Nachweis über die entsprechende Mandatierung vor.
- 13) <sup>1</sup>Es ist ein genereller, für eine repräsentative Anzahl der Pflegedienste im Kollektiv geltender Maßstab anzulegen. <sup>2</sup>Bei der Auswahl der repräsentativen Pflegedienste (repräsentative Stichprobe) ist sicherzustellen, dass die Vergütung auf der Basis einer realitätsnahen durchschnittlichen Betriebs- und Kostenstruktur der Pflegedienste im Kollektiv vereinbart werden kann. <sup>3</sup>Dabei sind regionale Unterschiede und die Vielfalt der Pflegedienste des Kollektivs insbesondere im Hinblick auf etwaige Spezialisierungen, die mit besonderen

Personalanforderungen verbunden sind, Betriebsgrößen und Personalstrukturen zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Das Nähere zum Verfahren der Bestimmung der repräsentativen Stichprobe vereinbaren die Vertragsparteien nach § 132a Abs. 4 SGB V.

- 14) <sup>1</sup>Die Verhandlungsführerin oder der Verhandlungsführer der Leistungserbringer legt für die Pflegedienste der repräsentativen Stichprobe des Kollektivs eine Kostenkalkulation vor, die auf den tatsächlichen Kostenstrukturen der repräsentativen Pflegedienste basiert. <sup>2</sup>Für die Darlegung und Plausibilisierung gelten die Regelungen der Abs. 7 bis 9 entsprechend.

### Weitere Regelungen

- 15) <sup>1</sup>Aufzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von der oder dem Versicherten weder fordern noch annehmen. <sup>2</sup>Ebenso darf der Pflegedienst der oder dem Versicherten oder Dritten keinen finanziellen oder anderweitigen Vorteil aus der Inanspruchnahme und der Weitergabe sowie Vermittlung von Versorgungsfällen im Bereich der häuslichen Krankenpflege gewähren.
- 16) Das Vergütungssystem ist so zu gestalten, dass die Mehrfachvergütung derselben Leistungen, z. B. auch nach dem SGB XI, ausgeschlossen wird.
- 17) In Versorgungsformen, die zur Sicherstellung einer täglich mehrstündigen, kontinuierlichen Versorgung die Aufrechterhaltung eines dauerhaften, entsprechend hohen Personalvorhalts erfordern (z. B. außerklinische Intensivpflege), können die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V Regelungen zur Vergütung für nicht planbare Abwesenheitszeiten des/der Versicherten treffen, soweit dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich und vom Pflegedienst wirtschaftlich nicht zu tragen ist.

### Vergütungsformen

- 18) Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sind insbesondere die Vergütungsformen
- a) Komplexleistungsvergütungen
  - b) pauschale Vergütungen
  - c) Einzelleistungsvergütungen

- d) Zeitvergütung  
oder Kombinationen dieser Vergütungsformen möglich.

19) <sup>1</sup>Bei der Bewertung der Leistungen sind insbesondere zu berücksichtigen:

- a) die prospektiv kalkulierten Gestehungskosten,
- b) der kalkulierte Zeitaufwand (inkl. Zeiten für Vor- und Nachbereitung einschließlich der notwendigen Abstimmung mit und Information der anderen an der Versorgung Beteiligten und ggf. Aufwände für die erforderliche Organisation der Leistungserbringung) für die fachgerechte Leistungserbringung und vereinbarte Qualität der Leistungen,
- c) die für die Erbringung der Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegekraft,
- d) die Erbringung mehrerer Leistungen in einem Einsatz,
- e) die Leistungserbringung zu ungünstigen Zeiten und
- f) Bruttojahresarbeitszeit abzüglich insbesondere:
  - Fehlzeiten wie Krankheit, Urlaub,
  - Zeiten für Fortbildung,
  - Organisations- und Rüstzeiten, die nicht in die kalkulierten Zeitwerte für die Erbringung der Leistung (siehe Buchstabe b) einfließen,
  - Zeiten der Qualitätssicherung und -prüfung, wie Zeiten für Dienst- oder Teambesprechungen,
  - nachgewiesene Zeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der vereinbarten Arbeitszeit,
  - persönliche Verteilzeiten.

<sup>2</sup>Sofern durch bundesweit verbindliche Vorschriften neue Anforderungen an die qualitätsgesicherte Aufnahme der Versorgung geregelt werden, sind diese bei der Vergütungsfindung zu berücksichtigen<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V können hierfür auch eigenständige Vergütungspositionen vereinbaren.

### Zu b:

<sup>1</sup>Zur Ermöglichung einer Kostengrundkalkulation vereinbaren die Partner der Rahmenempfehlungen bis zum 31.12.2021 auf der Grundlage der ihnen zur Verfügung stehenden empirischen Daten kalkulatorische Zeitaufwände für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die nicht unmittelbar nach Zeit oder Zeiteinheiten vergütet werden, auf Bundesebene. <sup>2</sup>Kommt eine Einigung nicht zustande, vereinbaren sie bis zum 30.06.2022 ein Verfahren zur Ermittlung der kalkulatorischen Zeitaufwände auf der Grundlage eines hälftig von den Vertragspartnern finanzierten Gutachtensprozesses, sofern keine Finanzierung von dritter Seite erfolgt.

### **Vergütung von Wegezeiten**

20) Wegezeit ist die Zeit, die für die erste Anfahrt bis zum Betreten des Wohnungs- oder Hauseingangs einer Kundin oder eines Kunden und ab Verlassen des Wohnungs- bzw. Hauseingangs einer Kundin oder eines Kunden bis zum Betreten des Wohnungs- bzw. Hauseingangs der nächsten versorgten Kundin oder des nächsten versorgten Kunden, ebenso am Ende der Einsatztour ab Verlassen des Haus- bzw. Wohnungseingangs einer Kundin oder eines Kunden bis zum Pflegedienst zurück entsteht.

21) <sup>1</sup>Die Wegevergütung beinhaltet die Gestehungskosten gemäß Abs. 3. <sup>2</sup>Wegezeiten nach Abs. 20 gehen in die Kalkulation der Wegevergütung nach Abs. 23 und 24 nur dann ein, sofern diese Arbeitszeit sind.

22) Die Vergütung von Wegezeiten muss ausreichend und zweckmäßig sein und den Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, die Versorgung zu übernehmen.

23) <sup>1</sup>Zur Kalkulation der Vergütung von Wegezeiten haben die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V einen durchschnittlichen Versorgungsradius zu vereinbaren. <sup>2</sup>Der durchschnittliche Versorgungsradius des Pflegedienstes ist der räumliche Bereich, in dem die Mehrzahl der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse(n) durch den Pflegedienst versorgt wird. <sup>3</sup>Grundlage der Kalkulation der Wegevergütung sind die durchschnittlichen empirisch verfügbaren benötigten Wegezeitaufwendungen des Pflegedienstes innerhalb des Versorgungsradius (s. Abs. 20). <sup>4</sup>Die Wegevergütungen des Pflegedienstes, die innerhalb des

vereinbarten Versorgungsradius nach Satz 2 anfallen, können als Bestandteil der Leistungsbewertung oder als separate Pauschalen vereinbart werden. <sup>5</sup>Die Vertragsparteien nach § 132a Abs. 4 SGB V vereinbaren auf dieser Basis die Wegevergütungen.

24) Für die Versorgung von Versicherten, die außerhalb des vertraglich vereinbarten Versorgungsradius mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege versorgt werden, haben die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V Zuschläge für längere Wegezeiten zu vereinbaren.

25) In welchen Fällen und in welchem Umfang bei der Erbringung mehrerer Leistungen im Rahmen desselben Einsatzes oder bei der Leistungserbringung für mehrere Versicherte im Rahmen desselben Einsatzes eine Anrechnung der Wegevergütung erfolgt, ist in den Vergütungsvereinbarungen nach § 132a Abs. 4 SGB V zu regeln.

26) Die Regelungen über die Wegevergütung gelten entsprechend für kollektivvertragliche Vereinbarungen.

#### **Übergangsregelung**

27) <sup>1</sup>Soweit Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V keine Regelungen enthalten, die diesem Paragraphen entsprechen, sollen Verhandlungen über Anpassungen binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Paragraphen aufgenommen werden. <sup>2</sup>Bis zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen gelten die zwischen den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V vereinbarten Regelungen fort.

## § 8 Abrechnung und Datenaustausch (DA)

elektronische Abrechnung
--------------------------

- 1) <sup>1</sup>Die Pflegedienste sind verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. <sup>2</sup>Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). <sup>3</sup>Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu beachten. <sup>4</sup>Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Soweit die Empfehlungspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V Regelungen treffen, die von den Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen, sind diese vorrangig (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 6 und Satz 5 SGB V). <sup>6</sup>Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die in der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen getroffenen Regelungen analog Anwendung finden sollen. <sup>7</sup>Für diesen Zweck werden die nachfolgenden Regelungen zur Übermittlung elektronischer Dokumente im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege und die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V angepasst.
- 2) <sup>1</sup>Die Abrechnung soll mit einem einheitlich durchgängig elektronischen Verfahren erfolgen. <sup>2</sup>Dabei sollen sämtliche Bestandteile der Abrechnung elektronisch an die Krankenkasse übertragen werden. <sup>3</sup>Das Nähere zu den Bestandteilen der Abrechnung ist der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu entnehmen. <sup>4</sup>Dokumente in Papierform sollen vollständig abgelöst werden; eine parallele Nutzung von Papierdokumenten und elektronischen Dokumenten soll nicht erfolgen. <sup>5</sup>Die Umsetzung eines durchgängig elektronischen Prozesses erfolgt mit digitalen Signaturen<sup>25</sup> unter Einbezug der Telematikinfrastruktur (TI).
- 3) <sup>1</sup>Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. <sup>2</sup>Im

---

<sup>25</sup> Das digitale Verfahren zur Signatur richtet sich nach der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen.

Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. <sup>3</sup>Nach 3-maliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. <sup>4</sup>Der Pflegedienst erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. <sup>5</sup>Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. <sup>6</sup>Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragsparteien nach § 132a Abs. 4 SGB V zu regeln.

- 4) <sup>1</sup>Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der vertraglichen Regelungen nach § 132a Abs. 4 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. <sup>2</sup>Neben den Abrechnungsdaten sind die von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V vereinbarten abrechnungsbegründenden Unterlagen digital zu übermitteln..
- 5) <sup>1</sup>Unterlagen, die der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden.
- 6) <sup>1</sup>Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen. <sup>2</sup>Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. <sup>3</sup>Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung bzw. in Fällen des Abs. 7 nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- 7) <sup>1</sup>Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 5 HKP-RL ein Vergütungsanspruch



besteht. <sup>2</sup>Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 eine Schlüsselnummer für das Feld „Genehmigungskennzeichen“ geschaffen, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat. <sup>3</sup>Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. <sup>4</sup>Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist. <sup>5</sup>Einzelheiten sind vertraglich zu vereinbaren.

- 8) <sup>1</sup>Pflegedienste, die Dienstleister für die Abrechnung beauftragen, stellen die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Ordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. <sup>2</sup>Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.
- 9) <sup>1</sup>Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. <sup>2</sup>Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. <sup>3</sup>Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. <sup>4</sup>Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss der Leistungserbringer die Krankenkasse über den Entzug der Vollmacht unverzüglich informieren. <sup>5</sup>Bis zum Zeitpunkt dieser Information bleibt die Krankenkasse berechtigt, mit schuldbefreiender Wirkung an das Abrechnungszentrum zu leisten. <sup>6</sup>Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben des Vertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. <sup>7</sup>Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der zuständigen Krankenkasse auf Anforderung vorzulegen.

10) <sup>1</sup>Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK).  
<sup>2</sup>Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Krankenkasse, sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen, mitzuteilen. <sup>3</sup>Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. <sup>4</sup>Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. <sup>5</sup>Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. <sup>6</sup>Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

#### elektronischer Leistungsnachweis

11) <sup>1</sup>Auf dem elektronischen Leistungsnachweis muss jede erbrachte und abzurechnende Leistung eindeutig einer oder einem Versicherten und einer oder mehreren Pflegekraft<sup>26</sup> bzw. Pflegekräften zugeordnet werden können. <sup>2</sup>Bei der Erstellung elektronischer Leistungsnachweise können die jeweiligen Unterschriften/Handzeichen durch die QES oder durch ein alternatives Verfahren ersetzt werden. <sup>3</sup>Für die Umsetzung einer QES für Versicherte oder andere alternative technische Verfahren zur Bestätigung des Leistungserhalts und der QES der Pflegekräfte bedarf es bestimmter technischer Rahmenbedingungen, die jedoch derzeit noch nicht zur Verfügung stehen. <sup>4</sup>Bis zur Verfügbarkeit von geeigneten Signaturfunktionen für Versicherte oder andere alternative technische Verfahren (z. B. elektronische Gesundheitskarte) und Pflegekräfte (z. B. elektronischer Berufsausweis) wird daher ein alternatives Verfahren (beispielsweise die lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR)), das ebenfalls ohne Medienbrüche umgesetzt werden kann, wie folgt vereinbart:

1. Der elektronische Leistungsnachweis hat die folgenden Inhalte aufzuweisen und umfasst folgende Angaben.

- Belegnummer<sup>27</sup>
- Rechnungsnummer (Sammel- oder Einzelrechnungsnummer)<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Die Mitarbeiterin und der Mitarbeiter eines Pflegedienstes, die oder der abzurechnende Leistungen durchführt, werden im Folgenden als „Pflegekraft“ bezeichnet.

<sup>27</sup> Das Nähere ist der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu entnehmen

<sup>28</sup> siehe Fußnote 28

- bundeseinheitliches Kennzeichen des Pflegedienstes gemäß § 293 SGB V (Institutionskennzeichen),
  - Versichertennummer der leistungsempfangenden Person,
  - Stammdaten der leistungsempfangenden Person,
  - Art und Menge der Leistung,
    - Positionsnummer oder Bezeichnung und Anzahl der Leistungen
  - Monat und Jahr des Abrechnungszeitraums, für den der Leistungsnachweis gilt
  - Tag und Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung (Einsatz einer Pflegekraft in der Häuslichkeit) in Echtzeit; bei Zeitvergütung auch die Angabe der tatsächlichen Leistungsdauer
  - Beschäftigtennummer gemäß § 293 Abs. 8 SGB V der Pflegekraft pro Einsatz (sofern mehrere Pflegekräfte bei einem Einsatz beteiligt sind, Angabe der Beschäftigtennummern aller beteiligten Pflegekräfte (siehe Nr. 5)).
  - Name und Version der Software, mit der der elektronische Leistungsnachweis erstellt wurde.
2. Der elektronische Leistungsnachweis wird als digitaler Datensatz erzeugt. Das Nähere dazu ist der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu entnehmen.
  3. Die Pflegekraft nutzt ein mobiles Endgerät, bei dem eine personalisierte Anmeldung erforderlich ist.
  4. Die elektronische Erfassung der Leistungserbringung durch die Pflegekraft erfolgt entweder bei oder unmittelbar nach der Leistungserbringung. Dabei erfolgt eine automatisierte Zuordnung der Beschäftigtennummer der am Mobilgerät angemeldeten Pflegekraft zur durchgeführten Einzelleistung.
  5. Sofern mehrere Pflegekräfte gemeinsam bzw. gleichzeitig eine Einzelleistung durchführen, sind die Beschäftigtennummern aller beteiligten Pflegekräfte im Leistungsnachweis zu erfassen. Dabei erfolgt die Erfassung der Beschäftigtennummer für die am Mobilgerät angemeldete Pflegekraft gemäß Nr. 4 automatisch. Durch eine entsprechende Funktion ist die Erfassung einer weiteren Beschäftigtennummer durch die Eingabe der Anmeldedaten der weiteren Pflegekraft möglich. Die erfassten Beschäftigtennummern sind manuell nicht veränderbar.

6. Der Leistungsnachweis wird durch den Leistungserbringer erstellt und enthält immer die Beschäftigtennummer der verantwortlichen Pflegefachkraft.
7. Den Versicherten werden die Inhalte des Leistungsnachweises in einer gut lesbaren Form auf dem Mobilgerät dargestellt, um eine Überprüfung der Richtigkeit zu ermöglichen. Die dort angezeigten Leistungen dürfen sich nicht von den Inhalten des Leistungsnachweises (Datensatz nach Nr. 2) unterscheiden.
8. Die Unterschrift der Versicherten wird auf dem Mobilgerät eingeholt und darf an keiner anderen Stelle gespeichert werden als in dem zu unterschreibenden elektronischen Leistungsnachweis (Datensatz nach Nr. 2). Die Unterschrift einer vertretungsberechtigten Person (Bevollmächtigte/r, Betreuer/in etc.) – auch mittels einer „Angehörigen-App“ – ist der Unterschrift der Versicherten gleichgestellt. Die jeweilige Unterschrift darf nicht verändert werden und nach dem Einfügen in den Datensatz nicht mehr an anderer Stelle verfügbar sein. Sofern die oder der Versicherte oder die zu ihrer Vertretung berechtigte Person die Unterschrift während des Einsatzes der Pflegekraft in der Häuslichkeit nicht erbringen kann, ist es im Einzelfall möglich, dass der vollständige Leistungsnachweis ausgedruckt, der vertretungsberechtigten Person übermittelt und nach Erhalt eingescannt wird.
9. Die Unterzeichnung der oder des Versicherten des elektronischen Leistungsnachweises erfolgt einmal monatlich, jeweils zum Monatsende oder zu Beginn des darauffolgenden Monats. Sofern eine Verordnung im laufenden Monat endet und sich keine Folgeverordnung anschließt, kann die Unterzeichnung des Leistungsnachweises durch die oder den Versicherten nach Abschluss der Leistungserbringung erfolgen.
10. Unmittelbar nachdem der Leistungsnachweis durch die oder den Versicherten unterschrieben wurde, wird diese Unterschrift in den Datensatz nach Nr. 2 eingefügt und dieser elektronisch signiert. Danach darf das unterschriebene Dokument nicht mehr veränderbar sein. Das Nähere hierzu, z. B. die kryptografischen Verfahren, wird in der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V geregelt.
11. Im Falle erforderlicher nachträglicher Änderungen bzw. Korrekturen am Leistungsnachweis (z. B. bei Fehleintragung), muss der zuvor gemäß Nummer 10 abgeschlossene Leistungsnachweis korrigiert werden. Dabei wird systemseitig eine Kopie des vorherigen Leistungsnachweises erstellt, die Unterschrift der Versicherten darf dabei nicht übernommen werden. Die erfassten Beschäftigtennummern werden ebenfalls

übernommen, können jedoch nachträglich nicht korrigiert werden. Der korrigierte Leistungsnachweis, also die vorgenannte Kopie ohne Unterschrift, erhält einen finalen Status, sobald erneut die Unterschrift der Versicherten eingeholt wurde. Im Übrigen gelten die Nummern 8 und 10. Der vorhergehende Leistungsnachweis verliert seine Gültigkeit und ist der Krankenkasse nicht zu übersenden. Das Nähere zum Korrekturverfahren wird in der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V geregelt.

- 12) <sup>1</sup>Die jeweilige Software des Pflegedienstes muss die oben genannten Anforderungen sicherstellen. <sup>2</sup>Ein für Softwareanbieter und Gutachter verbindlicher Anforderungskatalog wird zwischen den Vereinbarungsparteien festgelegt. <sup>3</sup>Die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen an die Software hat der Softwarehersteller durch ein unabhängiges Gutachten zu Beginn des Produktivverfahrens nachzuweisen. <sup>4</sup>Elektronische Leistungsnachweise müssen mit einer entsprechend begutachteten Software erstellt werden. <sup>5</sup>Bei jeder neuen Software-Version hat der Hersteller eine Selbsterklärung abzugeben, dass die Anforderungen weiterhin erfüllt werden. <sup>6</sup>Auf Verlangen des GKV-Spitzenverbandes hat der Hersteller dies durch ein weiteres unabhängiges Gutachten nachzuweisen.
- 13) <sup>1</sup>Die Übermittlung der elektronischen Leistungsnachweise und der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen erfolgt unter Nutzung der TI. <sup>2</sup>Das Nähere zur Datenübermittlung wird in der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V festgelegt. <sup>3</sup>Im Falle von seitens eines Leistungserbringers nicht zu vertretenden bzw. nicht beeinflussbaren Störungen der Internetverbindung bzw. der Software oder Computerhardware o. ä. ist eine Übermittlung der Abrechnungsdaten und der elektronischen Leistungsnachweise in Papierform weiterhin möglich<sup>29</sup>. <sup>4</sup>Dies gilt entsprechend auch für Störungen bei den Krankenkassen bzw. ihren Abrechnungsstellen. <sup>5</sup>Die Übermittlung in Papierform darf nicht länger als einen Abrechnungsmonat dauern, anderenfalls ist eine Absprache im Einzelfall erforderlich.
- 14) <sup>1</sup>Für die Einführung eines elektronischen Leistungsnachweises sind umfassende vertragliche und technische Voraussetzungen durch Leistungserbringer und Krankenkassen zu leisten. <sup>2</sup>Dies bezieht sich insbesondere auf die Anpassung der Richtlinie nach § 302 SGB V. <sup>3</sup>Die

---

<sup>29</sup> Dies beinhaltet auch die notwendigen Begleitzettel.

Übermittlung des elektronischen Leistungsnachweises über die TI ist abhängig vom Anwendungsbeginn der diesbezüglich angepassten Richtlinien nach § 302 SGB V. <sup>4</sup>Darüber hinaus wird folgende Übergangsregelung vereinbart:

<sup>5</sup>Entsprechend der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen ist für einen Übergangszeitraum bis zum 30.11.2026 ersatzweise eine papiergebundene Übermittlung rechnungsbegründender Unterlagen in Verbindung mit der elektronischen Übermittlung der Abrechnungsdaten außerhalb der TI gemäß der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V möglich. <sup>6</sup>Im Anschluss daran erfolgt die Abrechnung ausschließlich innerhalb der TI in vollelektronischer Form.

## **§ 9 Inkrafttreten und Kündigung**

- 1) <sup>1</sup>Die neugefassten Rahmenempfehlungen treten zum 01.02.2024 in Kraft. <sup>2</sup>Die Rahmenempfehlungen können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- 2) <sup>1</sup>Die gekündigten Rahmenempfehlungen gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter. <sup>2</sup>Nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, verpflichten sich alle Vertragsparteien, unverzüglich die Verhandlungen aufzunehmen.
- 3) Die Vertragsparteien können diese Rahmenempfehlungen auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

## **§ 10 Salvatorische Klausel**

<sup>1</sup>Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenempfehlungen nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Rahmenempfehlungen im Übrigen nicht berührt. <sup>2</sup>Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Rahmenempfehlungen unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den

---

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den

---

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den

---

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den

---

Bundesverband Ambulante Dienste und

Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den

---

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den

---

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den

---

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Berlin, den

---

Deutscher Caritasverband e.V.

Freiburg i.Br., den

---

Deutscher Paritätischer

Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Berlin, den

---

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Berlin, den

---

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk

für Diakonie und Entwicklung e.V.

Berlin, den

---

Verband Deutscher

Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Essen, den

Zentralwohlfahrtsstelle

der Juden in Deutschland e.V.

Frankfurt am Main, den

---



**Anlage 1 – Änderungsantrag nach § 37 Abs. 8 SGB V**



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
IK Pflegedienst	Beschäftigtennummer	Datum

<b>Verordnungsdatum</b>	Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.				
<b>Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse</b>	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.				
<b>Arztnummer</b>					
<b>Betriebsstättennummer</b>					
<b>Genehmigte Maßnahmen</b>	<b>Abweichende Dauer</b>		<b>Abweichende Häufigkeit</b>		
	von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ	tgl.	wtl.	mtl.
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen				
<input type="checkbox"/> Kompressionsverband anlegen	<input type="checkbox"/> Kompressionsverband abnehmen				
<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art					
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut					
<input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung					
<input type="checkbox"/> Sonstige Behandlungspflege					
-----					
<input type="checkbox"/> Differenzierung zw. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung					
-----					

**Begründung für die Änderung/en**
