

**Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V
zur Versorgung mit außerklinischer
Intensivpflege vom 03.04.2023**

des GKV-Spitzenverbandes¹, Berlin

und

des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin
der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e.V., Potsdam
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 Intensivpflegeverband Deutschland e.V., Berlin
des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Grundlagen	3
§ 2 Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten	4
§ 3 Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Versorgung von weder beatmeten noch trachealkanülierten Versicherten.....	9
§ 4 Qualifikation der an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte für weder beatmete noch trachealkanülierte Versicherte	9
§ 5 Qualifikation der Pflegefachkräfte für die Versorgung von beatmeten Versicherten und nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten	10
§ 6 Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs	13
§ 7 Strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach § 132I Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen	14
§ 8 Strukturelle Anforderungen an vollstationäre Pflegeeinrichtungen	18
§ 9 Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern	18
§ 10 Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung	19
§ 11 Pflegeprozess und Pflegedokumentation.....	23
§ 12 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren.....	26
§ 13 Abrechnung und Datenaustausch (DTA).....	27
§ 14 Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte	30
§ 15 Personalabgleich im Rahmen der Mehrfachversorgung	35
§ 16 Verbot von Aufzahlungen	36
§ 17 Vermittlungsverbot.....	36
§ 18 Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung	36
§ 19 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten des Leistungserbringers	36
§ 20 Vertragsverstöße	37
§ 21 Vereinbarung von Übergangsregelungen.....	38
§ 22 Inkrafttreten und Kündigung	39
§ 23 Salvatorische Klausel	39

Präambel

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat aufgrund des medizinischen Fortschritts und des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland stark zugenommen. Bisher wurden Versicherte mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege grundsätzlich im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V versorgt.

Nach § 132I Abs. 1 Satz 1 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen nach § 132I Abs. 5 Nr. 3 SGB V maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Berücksichtigung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (nachfolgend: AKI-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (nachfolgend: G-BA) bis zum 31. Oktober 2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu vereinbaren.

Die Rahmenempfehlungen sind nach § 132I Abs. 1 Satz 4 SGB V den Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V zugrunde zu legen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich Verträge mit geeigneten und zuverlässigen Leistungserbringern.

§ 1 Grundlagen

- (1) Für die Versorgung von Versicherten nach Abs. 2 mit außerklinischer Intensivpflege ist ein bestehender Vertrag nach § 132I Abs. 5 SGB V Voraussetzung.
- (2) ¹Die Rahmenempfehlungen gelten für die Versorgung von Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Abs. 1 SGB V i. V. m. der AKI-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V des G-BA haben.

²Die außerklinische Intensivpflege wird ausschließlich von zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Abs. 1 SGB IX in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 SGB XI erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V genannten Orten erbringen²,
erbracht.

² Zu den in Nr. 4 sonst geeigneten Orten können auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 SGB XI gehören, die keinen Vertrag nach § 132I Abs. 5 Nr. 3 SGB V haben.

³Die Rahmenempfehlungen regeln die nach § 132I Abs. 2 SGB V gesetzlich getroffenen Anforderungen im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort gemäß den nachfolgenden Paragraphen. Soweit für einzelne Leistungsorte keine abweichenden Regelungen getroffen werden, gelten die nachfolgenden Bestimmungen für alle Leistungsorte gemäß § 37c Abs. 2 Satz 1 SGB V gleichermaßen. ⁴Sofern der Leistungserbringer unter dem Erlaubnisvorbehalt gemäß § 45 SGB VIII steht, hat er eine entsprechende Bescheinigung der zuständigen Behörde der Krankenkasse vorzulegen.

- (3) ¹Der Leistungserbringer hat bei Abschluss eines Vertrages nach § 132I Abs. 5 SGB V die Eignungen gemäß der §§ 2 oder 3 (Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft) und die weiteren Strukturanforderungen dieser Rahmenempfehlungen zu erfüllen und in geeigneter Form nachzuweisen; Abs. 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. ²Das Nähere zur Vorlage erforderlicher Unterlagen zum Abschluss eines Vertrages nach § 132I Abs. 5 SGB V regeln die Vertragspartner. ³Das beinhaltet auch Aussagen, welche Zielgruppe versorgt werden soll. ⁴In Fällen nach § 3 hat der Leistungserbringer darzustellen, dass er nur Versicherte versorgt, die nicht beatmet und nicht trachealkanüliert sind.
- (4) ¹Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass bei Beginn der Leistungserbringung die an der jeweiligen Versorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die fachliche Qualifikation nach den §§ 4 bzw. 5 verfügen. ²Nach Vertragsabschluss sowie auf begründetes Verlangen während der laufenden Versorgung ist der Krankenkasse die Erfüllung der personellen Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen auf Verlangen nachzuweisen. ³Dies kann z. B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.
- (5) ¹Die besonderen altersspezifischen Belange und Anforderungen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sind von den Vertragspartnern der Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V entsprechend zu berücksichtigen. ²Dies betrifft insbesondere die einschlägigen pädiatrischen Qualifikationen bzw. Zusatzqualifikationen der Pflegefachkräfte.

§ 2 Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten

- (1) Die vom Leistungserbringer angebotenen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c 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 Leistungserbringers,
 - c) die fachliche Koordination der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der ärztlichen Ver- und Anordnung in dem für diese Leistungen gebotenen Umfang,

- d) die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
 - e) die Einsatzplanung der Pflegefachkräfte,
 - f) die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Leistungserbringers,
 - g) die fachgerechte Einweisung und Einarbeitung der beteiligten Pflegefachkräfte,
 - h) die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der oder des Versicherten.
- (3) Der Leistungserbringer verfügt über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllt:
Abgeschlossene Ausbildung als
- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBG) oder
 - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
 - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBG) oder
 - d) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Berufsausbildung (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBG) oder
 - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.
- (4) ¹Für 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. 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).
- ²Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20 % oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein. ³Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.
- (5) ¹Neben der Weiterbildung nach Abs. 4 muss zusätzlich eine der folgenden Qualifikationen³ 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

³ Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen.

5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care–Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstationen oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung) über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre.

²Die Rahmenfrist von fünf Jahren nach Satz 1 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.

- (6) ¹Sind die Voraussetzungen nach Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 oder 5 gegeben, muss zusätzlich ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten Zusatzqualifikation über mindestens 200 Zeitstunden (140 Zeitstunden Theorie, mindestens 60 Zeitstunden Praktikum) nachgewiesen werden⁴. ²Die 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. ³Die Zusatzqualifikation kann unter den nachfolgend genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen. ⁴Die Zusatzqualifikation umfasst einen theoretischen und einen fachpraktischen Teil.

Theoretischer Anteil mit mindestens folgenden Inhalten

(140 Zeitstunden⁵ = 186 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten):

- medizinisch–therapeutischer Themenblock mit Vertiefung der altersspezifischen oder generalistischen Ausbildungsinhalte
 - 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 Beatmungszugänge (einschließlich Trachealkanülenmanagement), Versorgung bei Weaningversagen nach Langzeitintensivtherapie (Langzeitweaning/Prognose)
- pflegerischer Themenblock mit Vertiefung der altersspezifischen oder generalistischen Ausbildungsinhalte
 - insbesondere mit folgenden Inhalten: pflegerische Besonderheiten in der Neurologie und Palliativversorgung, Sekretmanagement, Ernährung, Schmerzmanagement,

⁴ Erfolgreich absolvierte Zusatzqualifikationen von Pflegefachkräften nach § 4 Abs. 7 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V (Stand 28.10.2021) werden als Zusatzqualifikationen nach § 2 weiterhin anerkannt.

⁵ Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt werden.

atemtherapeutische Maßnahmen, Hygiene, Notfallmanagement, Qualitäts- und Risikomanagement, rechtliche Aspekte (z. B. Patientenverfügung, Medizinproduktegesetz)

- psychosozialer Themenblock mit Vertiefung der altersspezifischen oder generalistischen Ausbildungsinhalte
 - insbesondere mit folgenden Inhalten: Gesprächsführung, Ethik, Stressmanagement und Konfliktmanagement, Überleitungsmanagement, professionelles Rollenverständnis, Personal- und Organisationsentwicklung, Copingstrategien, Angehörigenintegration
- die vorgesehene Schwerpunktsetzung der Kursorganisatoren ist in den theoretischen Themenblöcken zu verankern
- Erstellung einer Facharbeit am Ende des Kurses.

Praktischer Anteil:

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. Das Praktikum kann nicht auf einer rein operativen (Kinder-) Intensivstation durchgeführt werden. 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, Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI]⁶. Im Falle einer altersspezifischen Schwerpunktsetzung (z. B. in der Pädiatrie) ist dies im Rahmen des Praktikums zu berücksichtigen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der beruflichen Qualifikation müssen während des Praktikums im Rahmen von Hands-on Trainings stetig begleitet und angeleitet werden. Es muss ein Praktikumsnachweis/eine Checkliste geführt werden. Das Praktikum wird mit einem Feedbackgespräch abgeschlossen.

Um einen erfolgreichen Abschluss der Zusatzqualifikation zu erzielen, sind folgende Leistungsnachweise durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erbringen:

1. regelmäßige Teilnahme an den theoretischen Qualifikationsangeboten (Unterrichtseinheiten),
2. erfolgreich bestandene Prüfung,
3. Nachweis über die Dauer und die Inhalte des Praktikums.

Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. Dabei sind die Umfänge im Zertifikat auszuweisen. Das Zertifikat ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Verlangen vorzulegen.

⁶ Die Rahmenempfehlungspartner gehen davon aus, dass dieser praktische Teil in Zukunft nur in Einrichtungen absolviert wird, die selbst einen Vertrag nach § 132I Abs. 5 SGB V haben.

- (7) ¹Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach den Absätzen 5 – 6 nicht erfüllt, kann der Leistungserbringer auch andere sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung (mit Benennung des Beschäftigungsumfangs als Fachbereichsleitung) benennen, welche die Voraussetzungen nach den Absätzen 3, 5 und 6 erfüllen müssen. ²Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege.
- (8) ¹Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt bezogen auf Berufsabschluss und Berufserfahrung die gleichen Voraussetzungen wie die verantwortliche Pflegefachkraft (s. Absätze 3, 5 und 6). ²Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.
- (9) ¹In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach § 5 erfüllt. ²Die vorübergehende Vertretung muss gegenüber den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen angezeigt werden. ³Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 3 – 6 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich Leistungserbringer und die vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen auf eine geeignete Übergangsregelung.
- (10) ¹Die verantwortliche Pflegefachkraft soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. ²Eine sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5 Vollzeitstellen (VZK) je Leistungserbringer beträgt. ³Die Voraussetzung zur Sozialversicherungspflicht nach den Sätzen 1 bis 2 bleibt unberücksichtigt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin/Eigentümer oder Gesellschafterin/Gesellschafter des Leistungserbringers ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen Leistungserbringer bezieht. ⁴Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 1 bis 3 bezüglich der Sozialversicherungspflicht sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte. ⁵Sofern der Leistungserbringer bereits für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege oder der ambulanten Pflege eine verantwortliche Pflegefachkraft nebst Stellvertretung vorhält, können diese Stellenanteile angerechnet werden, sofern sie die Qualifikationsanforderungen nach § 2 dieser Vereinbarung erfüllen.
- (11) Die Anzahl der zu beschäftigenden verantwortlichen Pflegefachkräfte nach Abs. 3 – 6 bzw. in den Fällen des Abs. 7 der eingesetzten Fachbereichsleitungen ist unter Berücksichtigung des Stands der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse in der Vereinbarung nach § 132I Abs. 5 SGB V festzulegen und bei der Vergütung zu beachten⁷.

⁷ Als Orientierungswert für die zu beschäftigende Anzahl kann für die 24-Stunden-Pflege im Rahmen der Einzelversorgung und in Wohneinheiten i.S.d. § 132I Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten ein Verhältnis von

§ 3 Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Versorgung von weder beatmeten noch trachealkanülierten Versicherten

¹Zur Versorgung von weder beatmeten Versicherten noch trachealkanülierten Versicherten muss die verantwortliche Pflegefachkraft, ausgehend von § 2 Abs. 1 und 2, nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

Abgeschlossene Ausbildung als

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

²Neben der Weiterbildung nach § 2 Abs. 4 muss die verantwortliche Pflegefachkraft zusätzlich über spezifische Kenntnisse zum jeweiligen Krankheitsbild verfügen, so dass sie die übrigen an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte nach § 4 entsprechend einweisen und einarbeiten kann. ³§ 2 Absätze 8 bis 11 gelten entsprechend. ⁴Die Leistungserbringer, die eine verantwortliche Pflegefachkraft mit dieser Qualifikation beschäftigen, dürfen beatmete und nicht beatmete, aber trachealkanülierte Versicherte, nicht versorgen. ⁵Das eingeschränkte Leistungsportfolio dieses Leistungserbringers ist in der Übersicht nach § 132I Abs. 8 SGB V transparent zu machen.

§ 4 Qualifikation der an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte für weder beatmete noch trachealkanülierte Versicherte

Alle Pflegefachkräfte, die die fachpflegerische Versorgung bei weder beatmeten noch trachealkanülierten Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege übernehmen, müssen neben einer Ausbildung als

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

zusätzlich mindestens über eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen.

einer verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung zu 12 Versicherten, wie es in aktuellen Leitlinien enthalten ist, herangezogen werden.

§ 5 Qualifikation der Pflegefachkräfte für die Versorgung von beatmeten Versicherten und nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten

- (1) Alle Pflegefachkräfte, die die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten Versicherten und nicht beatmeten, aber trachealkanülierten Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege übernehmen, müssen neben einer Ausbildung als
- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBG) oder
 - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
 - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBG) oder
 - d) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Berufsausbildung (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBG) oder
 - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht
- zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen bzw. Qualifikationen nachweisen:
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 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. Alternativ zur Berufserfahrung nach Nr. 3 oder 5 kann ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten und berufsbegleitenden Zusatzqualifikation über mindestens 120 Zeitstunden nachgewiesen werden⁸. Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen der Arbeitsgemeinschaft der Fachgesellschaften, „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“ und haben die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) zu berücksichtigen.
- (2) ¹Die Zusatzqualifikation „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“ nach Nr. 6 umfasst jeweils mindestens folgende Inhalte:

Theoretischer Anteil

(mindestens 80 Zeitstunden⁹ = 106 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten):

- pflegefachliche Inhalte (z. B. Atemmasken und Trachealkanülen und deren Applikationen; Tracheostomamanagement inkl. Trachealkanülenmanagement; Methoden der

⁸ Erfolgreich absolvierte Zusatzqualifikationen von Pflegefachkräften nach § 4 Abs. 12 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V (Stand 28.10.2021) werden als Zusatzqualifikationen nach § 5 weiterhin anerkannt.

⁹ Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt werden.

Sekretmobilisierung und -elimination; Inhalationstechniken; spezielle Lagerungstechniken; Atemgasklimatisierung; Ernährung (z. B. PEG-Sonde); Einsatz der Telemedizin und Telepflege; Dysphagie; Notfallmanagement: Inhalte der Notfalltasche und Anwendung des Notfallequipments; Expertenstandards)

- medizinische Inhalte (z. B. Anatomie und Physiologie: Herz, Lunge, Kreislauf, Gehirn; Weaning/Dekanülierung; Sauerstofftherapie; Hygiene; Notfallmanagement: pulmologische Komplikationen, Herz- oder Kreislaufkomplikationen; Krankheitslehre: Pneumologie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie („Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“); Pathophysiologie: Perfusion, Ventilation, Respiration, Diffusionsstörungen; Grundlagen der Beatmung; Besonderheiten der invasiven und nicht-invasiven Beatmung, Beatmungsindikationen, Beatmungsformen, Beatmungszugänge, Beatmungsparameter, Alarmgrenzen, Blutgasanalyse)
- psychosoziale Inhalte (z. B. Palliativ Care; psychosoziale Begleitung von Patientinnen und Patienten; Ethik in der außerklinischen Intensivpflege)
- Kommunikation (z. B. interprofessionelle Kommunikation; Schwerpunkte der Kommunikation mit der Telemedizin)
- Qualitätsmanagement (z. B. Pflegedienstorganisation; Qualitätssicherung)
- rechtliche Inhalte (z. B. Umgang mit Medizinprodukten; Medizinproduktebetreiberverordnung; Patientenverfügung; Betreuungsrecht in Kurzform; Geräteeinweisung)

Praktischer Anteil

(mindestens 40 Zeitstunden):

Theorie – Praxis – Transfer

Das Praktikum muss mindestens 40 Zeitstunden umfassen. Es kann sowohl in klinischen – wie auch in (pädiatrischen) außerklinischen Beatmungspflegeinstitutionen

(Wohngemeinschaft/organisierte Wohneinheit, in der häuslichen Beatmungspflege (1:1), im betreuten Wohnen oder in einer stationären Pflegeeinrichtung, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI)¹⁰ durchgeführt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der beruflichen Qualifikation müssen während des Praktikums im Rahmen von Hands on Trainings stetig begleitet und angeleitet werden. Es muss ein Praktikumsnachweis/eine Checkliste geführt werden. Das Praktikum wird mit einem Feedbackgespräch abgeschlossen.

²Um einen erfolgreichen Abschluss der Qualifikation zu erzielen, sind folgende Leistungsnachweise durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erbringen:

1. regelmäßige Teilnahme an den theoretischen Qualifikationsangeboten (Unterrichtseinheiten),
2. Lernerfolgskontrolle,
3. Nachweis über die Dauer und die Inhalte des Praktikums.

¹⁰ Die Rahmenempfehlungspartner gehen davon aus, dass dieser praktische Teil in Zukunft nur in Einrichtungen absolviert wird, die selbst einen Vertrag nach § 132I Abs. 5 SGB V haben.

³Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. ⁴Dabei sind die Umfänge im Zertifikat auszuweisen. ⁵Das Zertifikat ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Verlangen vorzulegen. ⁶Diese Zusatzqualifikation kann unter den voran genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen.

(3) ¹Für neu eingestellte sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung nach Abs. 1 Buchstabe a – e, die nicht über eine Qualifikation nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 4 oder 6 verfügen, hat der Leistungserbringer die Berufserfahrung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 5 auf Anforderung entsprechend nachzuweisen.

a) Sofern für neu eingestellte Pflegefachkräfte die Qualifikation nicht gegeben ist, kann der Leistungserbringer diese Pflegefachkräfte **in der Mehrfachversorgung** unter den folgenden Voraussetzungen einsetzen:

- die betreffenden Pflegefachkräfte sind mit der Aufnahme der intensivpflegerischen Versorgung zur Qualifikation nach Abs. 1 Nr. 6 anzumelden und deren Abschluss ist innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen,
- bei der Versorgung können nicht mehrere Pflegefachkräfte nach Satz 1 gleichzeitig in einer Schicht eingesetzt werden. Es muss gewährleistet sein, dass in dieser Schicht mindestens eine qualifizierte Pflegefachkraft nach Abs. 1–2 vorhanden ist und
- bei diesen Pflegefachkräften muss ab Tätigkeitsbeginn sichergestellt sein, dass diese mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten haben.

b) Sofern für neu eingestellte Pflegefachkräfte die Qualifikation nicht gegeben ist, kann der Leistungserbringer diese Pflegefachkräfte in der **Einfachversorgung** unter den folgenden Voraussetzungen einsetzen:

- der Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V war der Träger der praktischen Ausbildung der betreffenden Pflegefachfrau oder des Pflegefachmannes oder
- der Einsatz im dritten Jahr der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann wurde bei einem Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege absolviert.

²Bei der Versorgung einer oder eines Versicherten können nicht mehrere Pflegefachkräfte nach Satz 1 gleichzeitig in einem Pflergeteam eingesetzt werden. ³Im Übrigen ist für diese Pflegefachkräfte ab Tätigkeitsbeginn sicherzustellen, dass diese mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten haben. ⁴Die betreffenden Pflegefachkräfte sind binnen vierzehn Tagen ab Aufnahme der intensivpflegerischen Versorgung zur Qualifikation nach Abs. 1 Nr. 6 anzumelden und deren Abschluss ist innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen.

§ 6 Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs

- (1) ¹Der Personalbedarf für die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V stellt sich je nach Versorgungsbereich unterschiedlich dar. ²Deshalb werden im Folgenden Grundsätze für die jeweiligen Versorgungsbereiche formuliert. ³Bei der Bemessung des Personalbedarfs ist zwischen einer Einfach- (1:1) und einer Mehrfachversorgung zu unterscheiden.
- (2) ¹Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. ²Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten soll nicht mehr als 20 % des Versorgungsumfanges betragen.
- (3) ¹Wird die außerklinische Intensivpflege einer oder eines Versicherten
- im eigenen Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder
 - an sonst einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für Menschen mit Behinderung erbracht, findet eine 1:1-Versorgung mit nach § 4 bzw. § 5 qualifizierten Pflegefachkräften statt.
- ²Sofern dort mindestens zwei Versicherte mit außerklinischer Intensivpflege versorgt werden, informiert der Leistungserbringer die für den jeweiligen Versicherten zuständige Krankenkasse darüber.
- (4) Sofern Versicherte außerklinische Intensivpflege von Leistungserbringern erhalten, die
- Leistungen nach § 43 SGB XI,
 - Leistungen nach § 103 Abs. 1 SGB IX in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI oder
 - Leistungen in Wohneinheiten im Sinne des § 132I Abs. 5 Nr. 1 SGB V
- erbringen, sind folgende Grundsätze bei der individuellen Festsetzung eines angemessenen Personalschlüssels in den Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V zu berücksichtigen:
- Der Personalschlüssel hängt primär von der vereinbarten Platzzahl und von der konzeptionellen Ausrichtung der Einrichtung ab und muss eine wirtschaftliche und leistungsgerechte Betriebsführung ermöglichen; die Belegungsstruktur (Funktionseinschränkungen der Versicherten) ist dabei zu berücksichtigen.
 - Alle in der Versorgung tätigen Pflegefachkräfte müssen mindestens die Qualifikationsvoraussetzungen nach § 4 (soweit ausschließlich Versicherte versorgt werden, die weder beatmet noch trachealkanüliert sind) und § 5 erfüllen.
 - Technische und baulichen Voraussetzungen sind zu berücksichtigen.
 - In den Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V ist ein Personalschlüssel für die an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte zu vereinbaren. Die Ermittlung des Personalbedarfs soll einer einheitlichen Systematik unabhängig vom Ort der Mehrfachversorgung folgen. Bei der Verhandlung über Personalschlüssel für die

Versorgung von Erwachsenen sollen sich die Vertragspartner nach § 132I Abs. 5 SGB V an dem Wert 1 VZK: 0,71¹¹ Versicherte orientieren.

- Die Vertragspartner nach § 132I Abs. 5 SGB V haben Regelungen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Personalschlüssel zu vereinbaren.
- Bei der Berechnung des Personalkörpers sind alle an der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege beteiligten Pflegefachkräfte gemäß § 4 (soweit ausschließlich Versicherte versorgt werden, die weder beatmet noch trachealkanüliert sind) und § 5 einzubeziehen.
- Die personelle Besetzung mit Pflegefachkräften ist abhängig von der Anzahl der versorgten Versicherten. Die ständige Anwesenheit zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft muss gegeben sein.
- Im Rahmen der Konzeption der Leistungserbringer nach Buchstabe a – c muss der Personalbedarf dargelegt und begründet werden. Die Leistungserbringer nach Buchstabe a – c haben bei Personalengpässen oder -ausfällen die Pflicht, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Versicherten nicht beeinträchtigt wird sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Abweichungen vom vereinbarten Personalschlüssel unaufgefordert und unverzüglich zu informieren. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Leistungserbringer durch einen Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.

§ 7 Strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach § 132I Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen

- (1) ¹Die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V kann in vom Leistungserbringer betriebenen Wohneinheiten nach § 132I Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V nur erbracht werden, wenn sie die Mindestanforderungen der Abs. 2ff. erfüllen. ²Wohneinheiten zur außerklinischen Intensivpflege sind Wohnformen, die dem Zweck dienen, intensivpflegebedürftigen Menschen das Leben in einem gemeinsamen Haushalt und die Inanspruchnahme externer Pflegeleistungen gegen Entgelt zu ermöglichen. ³Diese Einrichtungen haben eine Größe von zwei bis maximal zwölf Plätzen. ⁴Leistungserbringer in den Wohneinheiten müssen eine wirtschaftliche Betriebsführung gewährleisten. ⁵Die nachfolgenden Anforderungen sind je Wohneinheit zu erfüllen.
- (2) ¹Eine Wohneinheit wird i.S.d. § 132I Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V von einem Leistungserbringer betrieben, wenn er sich gegenüber mehreren Versicherten in derselben Wohneinheit zur Überlassung von Wohnraum und zur Erbringung von Leistungen nach § 37c SGB V verpflichtet. ²Dies gilt auch, wenn
- a) die Überlassung von Wohnraum und die Leistungen nach § 37c SGB V von verschiedenen Unternehmern geschuldet werden und diese rechtlich oder wirtschaftlich miteinander verbunden sind oder

¹¹ Der Personalbedarf in VK ist der Quotient aus Platzzahl und Orientierungswert. Zum Personalabgleich des vereinbarten Personalschlüssels siehe § 15.

- b) der Bestand des Vertrags über die Überlassung von Wohnraum von dem Bestand des Vertrags über die Erbringung von Leistungen nach § 37c SGB V abhängig ist oder
 - c) ein Versicherter an dem Vertrag über die Überlassung von Wohnraum tatsächlich nicht unabhängig von dem Vertrag über die Erbringung von Leistungen nach § 37c SGB V festhalten kann oder
 - d) der Leistungserbringer den Abschluss des Vertrags über die Überlassung von Wohnraum von dem Abschluss des Vertrags über die Erbringung von Leistungen nach § 37c SGB V tatsächlich abhängig macht.
- (3) ¹Wohneinheiten sind baulich und organisatorisch abgegrenzte Einrichtungen, in denen der Leistungserbringer mit einem vereinbarten Personalschlüssel auf der Basis nach § 6 Abs. 4 und eigenem Gesamtversorgungskonzept nach Abs. 4 tätig wird. ²Eine Wohneinheit darf nicht Bestandteil einer stationären Einrichtung sein. ³Unterkunft und Verpflegung sind in Wohneinheiten keine Leistungsbestandteile der außerklinischen Intensivpflege.
- (4) ¹Für die Wohneinheit besteht ein pflegfachliches, strukturelles und räumliches Gesamtversorgungskonzept. ²Das Gesamtversorgungskonzept muss die Durchführung der außerklinischen Intensivpflege entsprechend dem Stand der jeweils aktuellen Erkenntnisse gewährleisten und den Versicherten insbesondere ein ausreichendes Maß an Privatsphäre ermöglichen. ³Dabei sind sich verändernde medizinische und pflegerische Bedarfe der Versicherten zu berücksichtigen und einzuplanen. ⁴In Wohneinheiten bestehen neben dem individuellen Wohnbereich auch Gemeinschaftsräume und ein separater Sanitär- und Küchenbereich.
- (5) Für Wohneinheiten i.S.d. § 132I Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V gilt:
- a) die bei Inbetriebnahme geltenden baurechtlichen Vorschriften und die Ausstattung gemäß den Planungsgrundlagen für barrierefreies Bauen von Wohnungen müssen nach der bei Inbetriebnahme geltenden DIN 18040-2 dauerhaft erfüllt werden.
 - b) ¹Bei Abschluss des Vertrages nach § 132I Abs. 5 SGB V weist der Leistungserbringer durch Übermittlung des entsprechenden Bescheides nach, dass eine Baunutzungsgenehmigung als Sonderbau für Personen mit Intensivpflegebedarf vorliegt, es sei denn Buchstaben d und e gelangen zur Anwendung. ²Soweit in der Baunutzungsgenehmigung auch Empfehlungen gegeben werden, müssen auch diese dauerhaft erfüllt werden. ³Die Aufhebung der Baunutzungsgenehmigung oder die Erteilung von Auflagen, insbesondere auch von Brandschutzauflagen, durch die Baubehörde, zeigt der Leistungserbringer den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich an und weist die fristgerechte Erfüllung von Auflagen nach. ⁴Legt der Leistungserbringer die Baunutzungsgenehmigung vor, ist davon auszugehen, dass die vorstehenden Anforderungen erfüllt sind.
 - c) Für Wohneinheiten, die nach Inkrafttreten der Erstfassung dieser Rahmenempfehlungen in Betrieb genommen werden, gelten die Anforderungen nach den Absätzen 6 bis 10 zusätzlich.

- d) ¹Für Wohneinheiten, in denen bei Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auf der Grundlage eines Vertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V erbracht worden sind, gelten Absatz 6 Satz 1, Absätze 7 bis 10 entsprechend. ²Zudem müssen Türen und Flure in der Wohneinheit so breit sein, dass die Rollstuhlmobilität gewährleistet ist, auch wenn für die Wohneinheit keine Bindung an die DIN 18040-2 besteht.
- e) ¹Der Nachweis gemäß Buchstabe d, ob die Voraussetzungen nach den Absätzen 5 bis 10 (soweit bauliche Anforderungen betroffen sind) vorliegen, erfolgt bei Vertragsabschluss nach § 132I Abs. 5 SGB V entweder durch
- (i) eine Baunutzungsgenehmigung für Personen mit Intensivpflegebedarf oder
 - (ii) falls landesrechtliche Vorschriften eine Baunutzungsgenehmigung als Sonderbau für die Wohneinheit bei Inbetriebnahme nicht vorgesehen haben, einen Nachweis des Leistungserbringers, dass die vorgenannten Anforderungen im Einzelfall vorliegen.

²Als Nachweis für die Einhaltung der vorgenannten Anforderungen gilt

- ein Gutachten einer oder eines öffentlich bestellten und vereidigten Bausachverständigen oder
- soweit es die Anforderungen an den Brandschutz betrifft, ein Gutachten einer oder eines von einer öffentlich-rechtlich beliehenen Stelle zertifizierten oder öffentlich bestellten und vereidigten Brandschutzsachverständigen, oder
- ein Protokoll einer Begehung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde, sofern und soweit die Prüfung und Bestätigung der Einhaltung der jeweiligen Anforderungen aus dem Protokoll hervorgeht. ³Für die Brandschutzanforderungen gilt dies jedoch nur, soweit eine Sachverständige oder ein Sachverständiger nach dem zweiten Spiegelstrich bei der Begehung zugegen war und die Einhaltung der brandschutzrechtlichen Anforderungen nachweislich überprüft hat.

- (6) ¹Die Zimmergröße orientiert sich an den medizinisch-pflegerisch notwendigen Anforderungen und muss unter anderem die Versorgung in einem beidseits zugängigen Pflegebett, Rollstuhlmobilität, die Nutzung eines Liftersystems und die Unterbringung der Medizintechnik inkl. Zweitgeräten gewährleisten. ²Die Versorgung in Wohneinheiten für Erwachsene erfolgt in Einzelzimmern (kein Durchgangszimmer), deren Größe mindestens 12 qm beträgt. ³Weitergehende heimordnungs- oder baurechtliche Vorschriften bleiben unberührt.
- (7) Für alle Wohneinheiten gilt, dass sie etwaige besondere bauliche Anforderungen, die aus der Ausrichtung auf eine bestimmte Nutzergruppe entsprechend dem Gesamtversorgungskonzept folgen, erfüllen müssen.
- (8) Sanitärbereich
- ¹Es ist sicherzustellen, dass den Versicherten in unmittelbarer Nähe zu ihrem Wohnumfeld ausreichend Gelegenheiten zur Körperhygiene zur Verfügung stehen und diese individuell unter Wahrung der Intimsphäre genutzt werden können. ²Den Versicherten ist Gelegenheit zur Nutzung eines barrierefreien Duschbades oder einer angemessen ausgestatteten

Badewanne innerhalb der Wohneinheit zu geben. ³Der Sanitärbereich weist eine separate Gäste-/Personaltoilette und einen Händewaschplatz auf. ⁴Bei neu in Betrieb gehenden Wohneinheiten ist insbesondere

- a. überfahrbares WC und/oder erhöhtes WC
- b. Fäkalienspüle bei von mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern genutztem Bad/WC vorzusehen.

(9) Küche

- a. Kühlschrank ausreichender Größe zur fachgerechten Lagerung von Lebensmitteln
- b. Geschirrspülmaschine, Betriebstemperatur über 60°C

(10) Notfallmanagement und Hygiene

¹Bestandteil der strukturellen Anforderungen sind ein Arbeitsschutzkonzept [Grundlage bildet das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)], ein Notfallmanagement sowie ein Hygienekonzept entsprechend § 35 Absätze 1 IfSG. ²Die Grundlagen zum Hygienekonzept bilden die Empfehlungen für Infektionsprävention in der Pflege und in der außerklinischen Intensivpflege des RKI (Empfehlungen der KRINKO) und die jeweils aktuellen Erkenntnisse. ³Auf die infektionshygienische Überwachung am Ort der Leistungserbringung gemäß § 35 Abs. 1 Satz 4 IfSG durch das Gesundheitsamt sei verwiesen.

⁴Folgende Anforderungen an das Notfallmanagement sind insbesondere zu erfüllen:

- a) Das Betreiben einer Wohneinheit zur außerklinischen Intensivpflege unter Nennung der Platzzahl ist der örtlich zuständigen Leitstelle der Feuerwehr und dem Rettungsdienst (112) zu melden.
- b) Die baulichen und technischen Gegebenheiten müssen den Brandschutzbestimmungen entsprechen und sind dauerhaft einzuhalten.
- c) Ein für die Wohneinheit entsprechendes Notfall- und Sicherheitskonzept hat vorzuliegen und ist nachzuweisen.
- d) Vorkehrungen zum Umgang bei Stromausfall müssen bei technologieabhängigen Versorgungsleistungen bestehen.

⁵Folgende Anforderungen an das Hygienekonzept sind insbesondere zu erfüllen:

- a. Händedesinfektionsmittelpender (handfreie Bedienung) sind in allen Räumen sowie in Bad und Küche vorzuhalten.
- b. Ein Reinigungs- und Desinfektionsplan ist vorzuhalten. Dieser enthält Angaben zur Aufbereitung und Lagerung von Medizinprodukten und Pflegeartikeln, zur Händedesinfektion, Flächendesinfektion, Gerätedesinfektion und Schlussdesinfektion nach Tod/Auszug von Versicherten. Die Umsetzung ist zu protokollieren und nachweislich zu kontrollieren. Bei der Lagerung von sterilen Medizinprodukten ist insbesondere darauf zu achten, dass der Transport in einem verschlossenen Behälter und die Lagerung staubfrei erfolgen, die Lagerungsfrist beachtet wird und nur der Tagesbedarf an Medizinprodukten und Verbrauchsmaterialien im Zimmer bereitgestellt wird.

- c. Bei Versicherten mit MRE-Kolonisationen sind die Empfehlungen zur „Infektionsprävention in Heimen“ der KRINKO beim RKI einzuhalten. Die Teilnahme MRE-kolonisierter Versicherter an Gruppenaktivitäten und die Nutzung des gemeinsamen Wohnbereichs unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen ist zu gewährleisten. Die Zu- und Angehörigen kolonisierter Versicherter sind über Schutzmaßnahmen hinsichtlich der Übertragung und Verbreitung resistenter Erreger aufzuklären und zu beraten.
- d. Die Müllentsorgung erfolgt nach Abfallschlüsselnummer ASN 18 01 04 in einem reißfesten und zu verschließenden Plastiksack.
- e. Die Wäscheaufbereitung erfolgt in Zusammenarbeit mit einer zertifizierten Wäscherei oder es kommen gewerbliche Waschmaschinen entsprechend RKI-Anforderungen und Listung („RKI-Waschprogramm“, RAL-Zertifikat) und desinfizierende Waschmittel zum Einsatz.
- f. Bezogen auf die Reinigungs- und Desinfektionsleistung hat eine turnusmäßige hygienische Überprüfung der Waschmaschinen, Geschirr- und Fäkalienspüler bzw. weiterer Reinigungsmaschinen zu erfolgen.

§ 8 Strukturelle Anforderungen an vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- (1) ¹Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V erbringen, sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Versicherte mit einem Anspruch nach § 37c SGB V unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt, ganztägig untergebracht und gepflegt werden können und die auf diesen Versorgungsbereich spezialisiert (Spezialeinrichtung) sind. ²Darunter ist auch die Spezialisierung einer Abteilung innerhalb einer vollstationären Pflegeeinrichtung zu fassen. ³Die diesbezüglichen Gestehungskosten müssen im Verhältnis zu den anderen Versorgungsbereichen abgegrenzt werden und sind transparent nachzuweisen.
- (2) ¹Die spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen verfügen über ein pflegefachliches, strukturelles und räumliches Gesamtversorgungskonzept. ²Das Gesamtversorgungskonzept muss die Durchführung der außerklinischen Intensivpflege entsprechend dem Stand der jeweils aktuellen Erkenntnisse gewährleisten.

§ 9 Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern

- (1) ¹Der Leistungserbringer ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. ²Eine persönliche Erreichbarkeit muss gewährleistet sein.
- (2) ¹Der Leistungserbringer berichtet der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bei Veränderung in der Pflegesituation bzw. bei Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken oder nach Aufforderung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung

von Auszügen aus der Pflegedokumentation. ²Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt über Veränderungen des Gesundheitszustandes und über Unter- oder Überschreitung von durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren. ³Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. ⁴Liegen Hinweise vor, dass der Bedarf auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr vorliegt, informiert der Leistungserbringer unverzüglich die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt.

- (3) ¹Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer unverzüglich die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt und mit Zustimmung der oder des Versicherten weitere an der Versorgung Beteiligte (Beatmungs- /Weaning- /Dysphagiezentrum, die oder den in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder Arzt oder das begleitende Krankenhaus). ²Dies ist entsprechend durch den Leistungserbringer zu dokumentieren.
- (4) ¹Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Krankenkasse, Leistungserbringer, den an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie den anderen hieran Beteiligten (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V). ²Die Regelungen insbesondere des § 10 der AKI-Richtlinie sind zu beachten. ³Um die Planung einer nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der Leistungserbringer im Falle einer Krankenhausbehandlung dem Krankenhaus unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bestehenden Verordnung über die außerklinische Intensivpflege mit.
- (5) Auskünfte und Information zwischen den einzelnen Akteuren nach Abs. 4 Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden.¹²

§ 10 Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung

- (1) Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich der Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung sind darauf auszurichten, dass die Versicherten nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens versorgt werden. Die nachfolgenden Anforderungen gelten grundsätzlich für alle Versorgungen gemäß § 1 Abs. 2 (§ 132I Abs. 5 SGB V), soweit nichts anderes in dieser Rahmenempfehlung bestimmt ist.
- (2) ¹Der Leistungserbringer führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. ²Mit dem primären Ziel einer an den

¹² Aus dieser Regelung kann kein Finanzierungsanspruch gegenüber den Krankenkassen abgeleitet werden.

Ressourcen ausgerichteten Pflege sowie der größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer Patientenorientierung auch die Perspektiven der weiteren an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.

- (3) ¹Qualitätsmanagement bezeichnet grundsätzlich die in der Einrichtung organisierten Maßnahmen zur Steuerung der vereinbarten Leistungserbringung und gegebenenfalls deren Verbesserung. ²Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse, Bewertung, Verbesserung, Beschwerdemanagement) ein und entwickelt diese weiter. ³Der Leistungserbringer stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass
- die vereinbarten Leistungen in der vereinbarten Qualität erbracht werden,
 - sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der versorgten Personen und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und gegebenenfalls verbessert wird,
 - Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung beschrieben und nachvollziehbar sind.
- (4) ¹Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des Leistungserbringers. ²Der Leistungserbringer stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. ³Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass alle vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen sind. ⁴Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. ⁵Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung bestimmt. ⁶Die Leitung muss sicherstellen, dass hierfür geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb des Leistungserbringers eingeführt werden. ⁷Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. ⁸Sie müssen den jeweils beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein und umgesetzt werden. ⁹Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Versicherten. ¹⁰Der Leistungserbringer trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der Versicherten bei. ¹¹Das Qualitätsmanagement stellt die Aufnahme, Bearbeitung und gegebenenfalls Lösung von Kundenbeschwerden sicher. ¹²Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Versorgung Beteiligten einbezogen.
- (5) ¹Der Leistungserbringer ist eine selbstständig wirtschaftende und auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V gemäß den Regelungen dieser Rahmenempfehlungen und der auf dieser Grundlage geschlossenen Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V jederzeit zu gewährleisten.

²Der Leistungserbringer verfügt über geeignete schriftliche Regelungen für den Umgang mit medizinischen Notfällen (vor allem zu Trachealkanülenzwischenfällen,

Beatmungszwischenfällen) und zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfällen (vor allem Stromausfall, Brand, Wasserschäden, Gerätedefekte).

(6) ¹Die Versorgung der Versicherten erfolgt auf der Basis der konzeptionellen Grundlagen des Leistungserbringers. ²Der Versorgungsprozess richtet sich nach dem Pflegeprozess und der Dokumentation (vgl. § 11).

(7) ¹Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der außerklinischen Intensivpflege auf die Versicherte oder den Versicherten. ²Sie zeigt sich in dem im Rahmen der geplanten Pflege erreichten Pflegezustand des pflegebedürftigen Menschen sowie dem erreichten Grad an Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbestimmung und Selbständigkeit, welches sich in seinem Verhalten ausdrücken kann und durch Befragung regelmäßig erhoben wird, insbesondere in der Evaluation der Pflegeplanung. Kriterien für eine gute Ergebnisqualität sind u.a.:

- a. Erhalt und Förderung der Gesundheit,
- b. Wahrung der Selbstbestimmung,
- c. Förderung und Erhalt der Selbständigkeit,
- d. Wahrung der Privat- und Intimsphäre der oder des Versicherten,
- e. Lebensqualität,
- f. Vermeidung von körperlichen Schäden (Sekundärschaden) der oder des Versicherten,
- g. Bedürfnis- und bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitsversorgung,
- h. Einhaltung der Standards von Hygiene und Sauberkeit, u.a. zur Reduzierung des Risikos für eine beatmungsassoziierte Pneumonie bei Versicherten mit maschineller Beatmung unter Beachtung der Empfehlungen der KRINKO zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie,
- i. Beseitigung oder erträgliche Gestaltung der Beeinträchtigungen, die durch Krankheit, Behinderung oder sonstige Ereignisse entstanden sind,
- j. Unterstützung und Begleitung der oder des Versicherten beim Auseinandersetzen mit endständigen Fragestellungen in Bezug auf das Sterben oder die unheilbare Krankheit.

³Der Leistungserbringer hat dazu beizutragen, dass die Therapieziele der außerklinischen Intensivpflege, insbesondere die optimale und individuelle Hinführung zur Dekanülierung, die Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder die Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung gemäß § 2 Abs. 3 Satz 1 der AKI-Richtlinie erreicht werden.

(8) ¹Der Leistungserbringer ist im Rahmen seines Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt, durchgeführt und in ihrer Wirkung ständig überprüft werden. ²Er veranlasst die Anwendung anerkannter Verfahrensstandards (z. B. zum Trachealkanülenmanagement) in der außerklinischen Intensivpflege. ³Der Leistungserbringer soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

(9) ¹Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung sind u. a.:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung von Qualitätsbeauftragten,

- die Mitwirkung an professionsübergreifenden Qualitätszirkeln,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die außerklinische Intensivpflege,
- die Durchführung interner Audits,
- die Mitwirkung an externen Audits.

²Der Leistungserbringer hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren.

³Die außerklinische Intensivpflege kann bei Bedarf

- das Aufnahmegespräch/Erstgespräch bei Überleitung aus dem Krankenhaus/der Rehabilitations-Einrichtung und die Vorbereitung der Übernahme der oder des Versicherten im Rahmen des Krankenhaus- oder Reha-Entlassmanagements in die außerklinische Versorgung,
- die notwendige Information und Beratung der oder des Versicherten und der Angehörigen,
- Fallbesprechung mit anderen an der Versorgung Beteiligten

beinhalten.

(10) Der Leistungserbringer verfügt über eine Prozessbeschreibung für die Kommunikation mit verschiedenen Akteuren (z. B. Ärztin oder Arzt, Pflorgeteam, Geräteprovider, ggf. Heilmittelerbringer, Kostenträger) sowie über eine Planung zur Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung durch den Leistungserbringer bei Übernahme einer versorgten Person aus der klinischen Versorgung und setzt diese in Absprache mit den Versicherten und ihren An- und Zugehörigen um.

(11) ¹Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese und die oder der Versicherte das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V zu treffen. ³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unverzüglich über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.

(12) ¹Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung anhand eines Einarbeitungsplanes verfügen. ²Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, durch interne und/oder externe Fortbildung im Umfang von mindestens 16 Stunden je Kalenderjahr¹³ zu gewährleisten. ³Die Fortbildungsmaßnahmen sollen die besonderen Belange

¹³ Fortbildungen, die sich auf die für die außerklinische Intensivpflege relevanten Themen beziehen, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der außerklinischen Intensivpflege in anderen Leistungsbereichen, wie z. B. häuslichen Krankenpflege erworben werden, sind anzuerkennen und auf den kalenderjährlichen Umfang von 16 Stunden anzurechnen.

der Versorgung von beatmungspflichtigen oder trachealkanülierten Versicherten ausreichend berücksichtigen. ⁴Dazu zählen insbesondere die folgenden Themengebiete:

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

⁵Die Fortbildungsverpflichtung entfällt für jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Kalenderjahre, in denen die Zusatzqualifikation nach §§ 2 und 5 erworben wird.

(13) Art und Umfang der Dokumentation zur Fortbildung sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach den Verträgen gemäß § 132I Abs. 5 SGB V.

§ 11 Pflegeprozess und Pflegedokumentation

(1) ¹Die pflegerische Versorgung der Versicherten erfolgt personenzentriert nach dem Pflegeprozess, der insbesondere die Schritte Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Intervention/Durchführung und Evaluation umfasst. ²Die Steuerung des Pflegeprozesses ist gemäß § 4 PfIBG Aufgabe der geeigneten Pflegefachkraft (gemäß §§ 4 – 5). ³Die Sicht der oder des Versicherten zu ihrer oder seiner Lebens- und Pflegesituation und deren oder dessen Wünsche und Bedarfe zur Hilfe und Unterstützung stellen dabei den Ausgangspunkt dar.

⁴Falls die oder der Versicherte aufgrund ihrer oder seiner körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen treffen kann, sind nach Möglichkeit Angehörige beziehungsweise bevollmächtigte Personen hinzuzuziehen. ⁵Bezogen auf die Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege und ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege ist der Ausgangspunkt für die Umsetzung des Pflegeprozesses die durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt mit der oder dem Versicherten abgestimmte ärztliche Verordnung bzw. der ärztliche Behandlungs- und Therapieplan.

(2) Im Hinblick auf die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sowie weitere Maßnahmen der Behandlungspflege stellt sich der Pflegeprozess wie folgt dar:

a. Informationssammlung

¹Zu Beginn der Versorgung führt der Leistungserbringer eine Informationssammlung für jede versorgte Person durch. ²Dabei sind die relevanten Ressourcen, Fähigkeiten, Risiken, Phänomene, Bedürfnisse, Bedarfe und biografischen Informationen der versorgten Person

zu berücksichtigen und Stammdaten zu erheben. ³Bezogen auf die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sowie weiterer Maßnahmen der Behandlungspflege erfasst der Leistungserbringer leistungsbezogene Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für die Durchführung dieser Leistungen erforderlich sind. ⁴Das Zusammenführen der individuellen Sicht der versorgten Person beziehungsweise der Angehörigen oder sonstiger bevollmächtigter Personen mit der fachlichen Einschätzung der geeigneten Pflegefachkraft (gemäß §§ 4 – 5) erfordert, nicht nur zu Beginn, sondern fortlaufend, einen Verständigungs- und Aushandlungsprozess. ⁵Das Ergebnis dieses Verständigungsprozesses bildet die Grundlage für die Durchführung der Maßnahmen. ⁶Abweichende Auffassungen zwischen der fachlichen Einschätzung der geeigneten Pflegefachkraft (gemäß §§ 4 – 5) und der individuellen Sicht der versorgten Person beziehungsweise der Angehörigen oder sonstiger bevollmächtigter Personen zur pflegerischen Situation sowie zu den vorgeschlagenen Maßnahmen werden dokumentiert. ⁷Dieser Aushandlungsprozess wird innerhalb des mit der ärztlichen Verordnung gesetzten Rahmens ausgestaltet.

b. Maßnahmenplanung

¹Die Maßnahmenplanung basiert auf dem oben beschriebenen Aushandlungsprozess und orientiert sich in der Regel an den relevanten Pflegeproblemen und an der individuell ausgestalteten Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung. ²Die Maßnahmenplanung umfasst die ausgehandelten individuell erforderlichen Pflegemaßnahmen, Prophylaxen (z. B. zur Vermeidung eines Dekubitus) und Maßnahmen der Behandlungspflege. ³Für die Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege sowie ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege erfolgt auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung eine konkretisierende Maßnahmenplanung. ⁴Externe Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Wundtherapeutinnen und Wundtherapeuten) müssen, sofern im Einzelfall erforderlich, in die Maßnahmenplanung einbezogen werden. ⁵Aus der Situationseinschätzung im Rahmen der Informationssammlung/Risikoeinschätzung und der daraus abgeleiteten Maßnahmenplanung wird deutlich, welches Ziel mit der jeweiligen Maßnahme verfolgt wird.

c. Intervention/Durchführung

¹Die Durchführung aller Maßnahmen erfolgt grundsätzlich entsprechend der Maßnahmenplanung. ²Für Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege sowie ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege erfolgt die Durchführung der Maßnahmen auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und der konkretisierenden Maßnahmenplanung.

d. Evaluation

¹Abhängig von der Gesundheitssituation und vom Pflegebedarf erfolgt in fachlich angemessenen Abständen die Evaluation der Pflegesituation und der Maßnahmenplanung sowie bei Bedarf eine Anpassung der Informationssammlung und der Maßnahmenplanung. ²Bei akuten Veränderungen erfolgt unverzüglich eine

anlassbezogene Evaluation. ³Bezogen auf die außerklinische Intensivpflege und ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege erfolgt die Anpassung der Maßnahmenplanung in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt. ⁴Der Leistungserbringer weist die Ärztin oder den Arzt dabei auf einen möglichen Anpassungsbedarf der ärztlichen Verordnung hin.

(3) Pflegedokumentation

¹Die Pflegedokumentation dient als intra- und interprofessionelles Kommunikationsinstrument. ²Sie bildet den individuellen Pflegeprozess nachvollziehbar ab und unterstützt dessen Umsetzung. ³Die Pflegedokumentation dient damit auch der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflege- und Betreuungsleistungen, der Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege sowie ggf. weiterer erforderlicher Maßnahmen der Behandlungspflege. ⁴Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein. ⁵Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für den Leistungserbringer über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. ⁶Veränderungen des Pflegezustands sind aktuell (bis zur nächsten Übergabe) zu dokumentieren. ⁷Mit dem Dokumentationssystem müssen mindestens die folgenden Inhalte erfasst werden können:

- Stammdaten,
- Informationssammlung einschließlich Risikoeinschätzung (gegebenenfalls differenziertes Assessment) und pflegerelevanter biografischer Informationen,
- Maßnahmenplanung,
- Pflegebericht,
- Durchführungsnachweis (für Behandlungspflege, Dekubitusprophylaxe und ggf. weitere individuell festgelegte Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements) und der Leistungsnachweis.

⁸Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen gegebenenfalls temporär oder dauerhaft zu erweitern (z. B. Beatmungsprotokoll, Wunddokumentation, Medikamentenblatt, Krampfprotokoll, Ein- und Ausfuhrprotokolle; Bewegungs-/Lagerungsprotokolle). ⁹Für die ärztlich angeordnete Behandlungspflege wird ein gesondertes Dokument geführt. ¹⁰Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden im Pflegebericht/Berichtsblatt bzw. in speziellen Formularen festgehalten. ¹¹Abweichungen der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen von der Maßnahmenplanung einschließlich der für die Abweichung ursächlichen Gründe, Verlaufsbeobachtungen und sonstige für den Pflegeprozess relevante Hinweise und Feststellungen werden im Bericht nachvollziehbar dokumentiert. ¹²Die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege ist zu dokumentieren. ¹³Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt mindestens drei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung. ¹⁴Im ambulanten Versorgungsbereich ist die Dokumentation bei der versorgten Person aufzubewahren. ¹⁵Auch in den anderen Versorgungsbereichen ist sicherzustellen, dass die Dokumentation für die an der pflegerischen Versorgung Beteiligten sowie anderen an der Versorgung Beteiligten

unmittelbar verfügbar ist. ¹⁶Der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt sowie der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt ist im Rahmen des Hausbesuchs die Möglichkeit zu geben, die Pflegedokumentation einzusehen, um diese für ihre oder seine Entscheidungen auszuwerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken zu können. ¹⁷Wenn eine elektronische Pflegedokumentation erfolgt, gelten nachfolgende Grundsätze: Soweit dem Leistungserbringer eine Einwilligung der versorgten Person vorliegt, sind allen an der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person beteiligten Personen, insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sowie Betreuungskräften, die für die jeweilige Behandlung erforderlichen Informationen über einen Online-Zugriff mit gesonderten Zugriffsrechten für ihren Bereich zu gewähren. ¹⁸Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

§ 12 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren

- (1) Die Grundsätze zum Verordnungs- und Genehmigungsverfahren ergeben sich aus der AKI-Richtlinie.
- (2) ¹Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung. ²Diese Verordnung ist durch die Versicherten oder den Versicherten oder deren bzw. dessen gesetzlichen Vertreterin oder Vertreter bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. ³Ergeben 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 verordnende Ärztin oder an den verordnenden Arzt oder ggf. an die Versicherte oder den Versicherten zur diesbezüglichen Klärung. ⁴Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (3) Die Krankenkasse informiert den Leistungserbringer schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen.
- (4) ¹Kosten für genehmigte und vom Leistungserbringer erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen. ²Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Ärztin oder dem Arzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132I Abs. 5 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. ³Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Verordnung als Fax oder als Datei der Krankenkasse vorliegt. ⁴Dieses und weitergehende Regelungen zu den Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V zu regeln. ⁵Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der AKI-Richtlinie ordnungsfähig sind.

- (5) ¹Der Leistungserbringer ist in dem von der Krankenkasse genehmigten Umfang berechtigt und verpflichtet, außerklinische Intensivpflege nach dem bestehenden Vertrag nach § 132I Abs. 5 SGB V zu erbringen und nach der geltenden Vergütungsvereinbarung abzurechnen. ²Ist absehbar, dass er nach Ablauf des Genehmigungszeitraums die außerklinische Intensivpflege nicht weiter erbringen kann, informiert er darüber unverzüglich die zuständige Krankenkasse, die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt und die Versicherte oder den Versicherten. ³Zuvor sollte der Leistungserbringer die Möglichkeiten der Kooperation geprüft haben. ⁴Der Leistungserbringer übergibt die Versorgung im Rahmen der verordneten Leistungen an den Folgeleistungserbringer und informiert die zuständige Krankenkasse. ⁵Kann eine Übergabe an einen Folgeleistungserbringer nicht erfolgen, ist die zuständige Krankenkasse unverzüglich und unaufgefordert zu informieren. ⁶Innerhalb des Genehmigungszeitraums ist eine Beendigung nur möglich, wenn den Beteiligten die Fortsetzung der außerklinischen Intensivpflege aus im Einzelfall gegenüber der Krankenkasse dazulegenden Gründen nicht in der gebotenen Weise möglich oder zumutbar ist. ⁷In diesen Fällen sind die zuständige Krankenkasse, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt und die Versicherte oder der Versicherte unverzüglich zu informieren.
- (6) Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Leistungserbringer über die (eil-)ablehnende Entscheidung informiert wird.

§ 13 Abrechnung und Datenaustausch (DTA)

- (1) ¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die von ihm erbrachte Leistung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. ²Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). ³Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Versorgungsverträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V über die Form des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.
- (2) ¹Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen. ²Soweit die Empfehlungspartner nach § 132I Abs. 1 SGB V Regelungen treffen, die von den Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen, sind diese vorrangig. ³Regelungen in diesem Sinne sind die Absätze 3, 4, 6, 7 und 9.
- (3) ¹Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. ²Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. ³Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. ⁴Papierverfahren sind dann nicht mehr möglich. ⁵Der Leistungserbringer erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. ⁶Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. ⁷Die 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 § 132I Abs. 5 SGB V zu regeln.

- (4) ¹Als abrechnungsbegründende Unterlage ist der Abrechnung ein Leistungsnachweis beizufügen. ²Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend den vertraglichen Regelungen nach § 132I Abs. 5 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. ³Die Angaben auf dem Leistungsnachweis erfolgen unmittelbar nach Durchführung. ⁴Vordatierungen oder Globalbestätigungen sind unzulässig. ⁵Der Abrechnung ist der unterschriebene Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung getroffen haben. ⁶Die Partner der Empfehlungen streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln. ⁷Eine Kopie des Leistungsnachweises ist auf Wunsch der oder dem Versicherten auszuhändigen.
- (5) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich monatlich.
- (6) Der Leistungsnachweis hat die folgenden Inhalte aufzuweisen und umfasst folgende Angaben (s. Beispiel Anlage 1):
- Monat/Jahr (je Monat einen separaten Leistungsnachweis),
 - Stammdaten der/des Versicherten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Aufenthaltsort der/des Versicherten),
 - Leistungserbringer inkl. IK,
 - Angabe des Versorgungszeitraumes,
 - Uhrzeit (00:00 – 23:59) des Beginns und Endes der Leistungserbringung,
 - Namen und Unterschrift oder Beschäftigtennummer der durchführenden Pflegefachkräfte,
 - Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft, Unterschrift der oder des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten (einmalig je Leistungsnachweis).
- (7) 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.
- (8) ¹Sofern 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. ²Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. ³Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der

Genehmigung entsprechen bzw. in Fällen der vorläufigen Kostenzusage nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.

- (9) ¹Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 11 Abs. 3 AKI-Richtlinie ein Vergütungsanspruch besteht. ²Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 eine neue 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. ⁴Wenn 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. ⁵Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischengeschaltet ist. ⁶Einzelheiten sind vertraglich zu vereinbaren.
- (10) ¹Leistungserbringer, 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. ²Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.
- (11) ¹Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. ²Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. ³Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. ⁴Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich. ⁵Sofern 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 § 132I Abs. 5 SGB V und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. ⁶Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der zuständigen Krankenkasse auf Anforderung vorzulegen.
- (12) ¹Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK). ²Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Krankenkasse, sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen, mitzuteilen. ³Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. ⁴Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. ⁵Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. ⁶Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

§ 14 Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte

- (1) ¹Der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung ist nur mit einem/für einen Leistungserbringer zulässig, für den eine vertragliche Vereinbarung nach § 132I Abs. 5 SGB V besteht.
²Entsprechende Vergütungsvereinbarungen sind in der Regel auf der Grundlage von Einzelverhandlungen zu schließen.
- (2) Das System zur Vergütung von außerklinischer Intensivpflege 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. Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen geführt. Die Vertragsparteien nach § 132I Abs. 5 SGB V können davon nur einvernehmlich abweichen.
- (3) ¹Grundlage für Vergütungsverhandlungen ist eine prospektive Kalkulation. ²In diese prospektive Kalkulation fließen abhängig vom Verhandlungsgegenstand folgende Gestehungskosten ein:
- a. Die Personal- und Personalnebenkosten (insbesondere Pflegepersonal, Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen, Personaloverhead¹⁴ für angestellte Geschäftsführung, für pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung).
 - b. Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung, insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung, IT-Kosten, Versicherungen, Fortbildungskosten, pflegerische Sachkosten¹⁵, Aufwendungen für Fremddienstleistungen¹⁶ sowie anfallende 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.
 - c. Ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos¹⁷ und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes.
 - d. Eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals.

¹⁴ Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

¹⁵ Darunter fallen keine Aufwendungen, die bereits über die Kranken- und Pflegekassen berücksichtigt werden.

¹⁶ Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrpark zu subsumieren.

¹⁷ Bei Mehrfachversorgung unter Berücksichtigung der Regelungen zur kalkulatorischen Auslastungsquote nach Abs. 17.

- (4) ¹Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ²Für eine darüberhinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. ³Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 1 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nach Maßgabe von Abs. 11 nachzuweisen.
- (5) ¹Bei der Vereinbarung der Vergütung der außerklinischen Intensivpflege ist der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V zu beachten. ²Eine über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehende Vergütungssteigerung ist nur möglich, wenn die notwendige Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. ³Die Darlegung und Substantiierung obliegt dem Leistungserbringer.
- (6) ¹Die Vergütung wird prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart. ²Die 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 und Kalkulationsunterlagen nach Abs. 7 vorgelegt wurden. ³Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand kann die Vergütung für in der Vergangenheit liegende Zeiträume über Kompensationszuschläge (z. B. Einmalzahlung) erfolgen.

Einzelverhandlungen

- (7) ¹Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V sind mit einzelnen zuverlässigen Leistungserbringern zu schließen. ²Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. ³Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. ⁴Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines Leistungserbringers zu erkennen sein. ⁵Dabei ist der Verteilungsmaßstab für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege zu anderen Leistungsbereichen (insbesondere häusliche Krankenpflege, Pflege nach dem SGB XI, Leistungen der Eingliederungshilfe) zu berücksichtigen. ⁶Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:
- Die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf den Leistungserbringer 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, kirchlichen 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.

⁷Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen und zu den Nachweisen nach Abs. 8 vereinbaren die Vertragspartner nach § 132I Abs. 5 SGB V.

(8) ¹Reichen die Angaben des Leistungserbringers für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 7 nach substantiiertes Darlegung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht aus, sind durch den Leistungserbringer weitere Nachweise vorzulegen.

²Unter 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 außerklinischen Intensivpflege aus dem Jahresabschluss oder, soweit ein aktueller Jahresabschluss nicht vorliegt, die Kosten- und Leistungsrechnung zzgl. der vergütungsrelevanten Auszüge aus den Summen- und Saldenlisten, bezogen auf ein Wirtschaftsjahr, insbesondere sofern diese zur Bestimmung des Zuschlags für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos erforderlich sind und ggf.
- Werk- oder Dienstleistungsverträge bezüglich Leiharbeit.

(9) ¹Soweit 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.

²Die Prüfungsbefugnis der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.

(10) Haben die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, sich seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, gilt § 59 SGB X entsprechend.

Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte

(11) ¹Bei Vergütungsvereinbarungen weist der Leistungserbringer auf Verlangen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen, die Geschäftsgrundlage dieser Vergütungsvereinbarung geworden sind, tatsächlich geleistet wurden. ²Soweit in die Vereinbarungen nach Satz 1 bei Leistungserbringern, die weder tarifgebunden sind noch einen Tarif anwenden, durchschnittliche Gehaltssteigerungen eingeflossen sind, weist der Leistungserbringer 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. ³Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. ⁴Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten zwölf abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen, 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.

⁵Sofern auf der Grundlage der vorgenannten Unterlagen berechtigte Zweifel der vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an den angegebenen Personalkosten bestehen, sind pseudonymisierte Lohn- und Gehaltsnachweise sowie Auszüge aus den Arbeitsverträgen mit den Regelungen zu den Bezügen vorzulegen.

⁶Für die Einreichung der Nachweisunterlagen ist eine angemessene Frist einzuräumen, die vier Wochen ab Zugang des Nachweisverlangens nicht unterschreiten darf. ⁷Die Übersendung kann auch in elektronischer Form erfolgen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. ⁸Die schriftliche Mitteilung des Prüfungsergebnisses soll innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der angeforderten Unterlagen erfolgen.

Gruppen- bzw. Kollektivverhandlungen

(12) Die unter dem Abschnitt Einzelverhandlungen genannten Grundsätze gelten unter Berücksichtigung der nachfolgenden Besonderheiten auch bei Gruppen- und Kollektivverhandlungen entsprechend.

(13) Ein Kollektiv besteht aus Leistungserbringern,

1. die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen oder

2. die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen oder
3. die Leistungen nach § 103 Abs. 1 SGB IX in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 SGB XI erbringen oder
4. die außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Abs. 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V genannten Orten erbringen.

- (14) ¹Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist für jeden im Kollektiv vertretenen Leistungserbringer eine Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen. ²Sofern 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.
- (15) ¹Es ist ein genereller, für eine repräsentative Anzahl der Leistungserbringer im Kollektiv geltender Maßstab anzulegen. ²Bei der Auswahl der repräsentativen Leistungserbringer (repräsentative Stichprobe) ist sicherzustellen, dass die Vergütung auf der Basis einer realitätsnahen durchschnittlichen Betriebs- und Kostenstruktur der Leistungserbringer im Kollektiv vereinbart werden kann. ³Dabei sind regionale Unterschiede und die Vielfalt der Leistungserbringer des Kollektivs insbesondere im Hinblick auf etwaige Spezialisierungen, die mit besonderen Personalanforderungen verbunden sind, Betriebsgrößen und Personalstrukturen zu berücksichtigen. ⁴Das Nähere zur Zusammensetzung des Kollektivs und zum Verfahren der Bestimmung der repräsentativen Stichprobe vereinbaren die Vertragsparteien nach § 132I Abs. 5 SGB V.
- (16) ¹Die Verhandlungsführerin oder der Verhandlungsführer der Leistungserbringer legt für die Leistungserbringer der repräsentativen Stichprobe des Kollektivs eine Kostenkalkulation vor, die auf den tatsächlichen Kostenstrukturen der repräsentativen Leistungserbringer basiert. ²Für die Darlegung und Plausibilisierung gelten die Regelungen der Abs. 7 bis 9 entsprechend.

Vergütungsformen

- (17) ¹Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erfolgt eine zeit- bzw. tagesbezogene Pauschalvergütung. ²Bei der Bewertung der Leistungen sind insbesondere zu berücksichtigen:
- a) die prospektiv kalkulierten Gestehungskosten,
 - b) die für die Erbringung der Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegefachkraft,
 - c) für die Einfachversorgung die Bruttojahresarbeitszeit abzüglich insbesondere:
 - Fehlzeiten wie Krankheit, Urlaub,
 - Zeiten für Fortbildung,
 - Organisations- und Rüstzeiten (z. B. Übergabezeiten), soweit sie Arbeitszeit sind und ihnen kein Vergütungsanspruch gegenübersteht,
 - Zeiten der Qualitätssicherung und -prüfung, wie Zeiten für Dienst- oder Teambesprechungen,
 - nachgewiesene Zeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der vereinbarten Arbeitszeit.

d) Regelungen zur kalkulatorischen Auslastungsquote in der Mehrfachversorgung.¹⁸

(18) Für die Einfachversorgung können die Vertragspartner nach § 132I Abs. 5 SGB V Regelungen zur Vergütung für nicht planbare Abwesenheitszeiten der oder des Versicherten treffen, soweit dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich und vom Leistungserbringer wirtschaftlich nicht zu tragen ist.

(19) ¹In den Vergütungsvereinbarungen gemäß § 132I Abs. 5 SGB V sollen aufgrund der Gesamtkostenstruktur der spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtung neben den Entgelten für den pflegebedingten Aufwand auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung geregelt werden. ²Darüber hinaus sind betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen und damit verbundene relevante Sachkosten, die zur Sicherstellung von außerklinischer Intensivpflege entstehen, und nicht durch Dritte finanziert werden, dem SGB V zuzurechnen.

§ 15 Personalabgleich im Rahmen der Mehrfachversorgung

- (1) ¹Leistungserbringer sind im Rahmen der Mehrfachversorgung verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege jederzeit sicherzustellen. ²Sie haben bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Versicherten nicht beeinträchtigt wird. ³Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen hat der Leistungserbringer in einem Personalabgleich innerhalb von sechs Wochen nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung auch vorgehalten wird.
- (2) Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst einen zusammenhängenden Zeitraum der letzten drei abgeschlossenen Kalendermonate vor dem Monat des Zugangs des Verlangens.
- (3) ¹Der Nachweis für den bestimmungsgemäßen Einsatz und die Bereitstellung/Beschäftigung des Personals erfolgt durch die Vorlage
- der einrichtungsbezogenen (je Wohneinheit bzw. vollstationäre Einrichtung) Dienstpläne (inkl. Soll-Ist-Abgleich unter Nennung der Tagesbelegung),
 - der pseudonymisierte Gesamtpersonalliste und
 - der An-/Abmeldungen und Jahresmeldung zur Sozialversicherung.

²Ein Abgleich zwischen Dienstplänen und Personallisten/ Sozialversicherungsnachweisen muss möglich sein. ³Die Dienstpläne müssen hierzu die Personalnummern der Mitarbeitenden enthalten. ⁴Bei der Sollbetrachtung werden Zeiten der Abwesenheit von Personal berücksichtigt, soweit der Leistungserbringer Lohnfortzahlung leistet. ⁵Geleistete Überstunden/Mehrarbeitsstunden werden im Personalabgleich ebenfalls berücksichtigt.

¹⁸ S. Fußnote 17.

§ 16 Verbot von Aufzahlungen

- (1) ¹Außerklinische Intensivpflege wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. ²Jegliche Aufzahlungen von der oder dem Versicherten dürfen für die Vertragsleistung durch den Leistungserbringer weder gefordert noch angenommen werden. ³Aufzahlungen dürfen durch den Leistungserbringer auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung gemäß § 12 Abs. 4 bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird und die Verordnungsvoraussetzungen nicht vorliegen oder der Vergütungsanspruch in Fällen des § 12 Abs. 4 nicht besteht.
- (2) Zuwiderhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.

§ 17 Vermittlungsverbot

- (1) Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Versicherter und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte) gegen Entgelt oder zur Erlangung von finanziellen oder anderweitigen Vorteilen stellt einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.
- (2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Versicherter an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 18 Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung

- (1) ¹Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. ²Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) ¹Der Leistungserbringer hat darauf zu achten, dass die verordneten Leistungen wirtschaftlich durchgeführt werden und Leistungen nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. ²Sofern der Leistungserbringer zu der Auffassung gelangt, dass die verordneten Leistungen bzw. die verordneten Umfänge nicht erforderlich oder nicht zweckmäßig sind, hat er dies der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt sowie der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
- (3) ¹Die Landesverbände der Krankenkasse und die Ersatzkassen können die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Leistungserbringer die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt. ²Das Nähere regeln die Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V.

§ 19 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten des Leistungserbringers

¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen alle wesentlichen Änderungen unverzüglich schriftlich mitzuteilen, sobald sie dem

Leistungserbringer bekannt sind und die vertragsgemäße Durchführung der Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V sowie deren Fortbestand berühren. ²Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:

- das Eintreten und Ausscheiden von qualifizierten Pflegefachkräften gemäß §§ 2–5,
- Abweichungen vom vereinbarten Personalschlüssel gem. § 6 Abs. 4,
- Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen,
- der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Netzwerkkooperationen,
- jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft bzw. bei einem Gesellschafterwechsel/Wechsel der Geschäftsführung sowie der Rechtsform des Leistungserbringers,
- der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen den Leistungserbringer gestellt wurde,
- eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des Leistungserbringers, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen und soweit sie dem Leistungserbringer bekannt sind,
- strafrechtliche Ermittlungen gegen den Leistungserbringer oder dessen Träger.

§ 20 Vertragsverstöße

- (1) Verstößt ein Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung eines Vertrages nach § 132I Abs. 5 SGB V gegen die ihm obliegenden gesetzlichen Pflichten und/oder die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ("Verstoß"), so sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich handelnd, berechtigt,
- a. eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und – bei noch andauerndem Verstoß – eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
 - b. eine schriftliche Abmahnung auszusprechen, wenn Wiederholungsfahr besteht,
 - c. bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen eine angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 50.000,00 € zu verlangen,
 - d. bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ganz oder teilweise auszuschließen,
 - e. bei schwerwiegenden bzw. wiederholten Verstößen den Vertrag mit dem Leistungserbringer zu kündigen; dies kann in Form einer ordentlichen oder, wenn das Festhalten am Vertrag unzumutbar ist, einer fristlosen Kündigung erfolgen.
- (2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:
- a. strafrechtliche Verurteilung wegen Abrechnungsbetrug oder Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a bis 300 StGB),
 - b. Nichterfüllung der strukturellen, personellen und sächlichen Anforderungen, es sei denn, dies wurde den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorher angezeigt und das weitere Vorgehen vereinbart,
 - c. Abrechnung nachweislich nicht erbrachter Leistungen,

- d. grober Verstoß gegen pflegerische und/oder medizinische Qualitätsstandards unter Berücksichtigung der Zielsetzung der AKI, der zu einer konkreten Gefährdung oder Schädigung der oder des Versicherten führt,
 - e. Verstoß gegen das Verbot der Aufzahlungen (vgl. § 16),
 - f. Verstoß gegen das Vermittlungsverbot (vgl. § 17),
 - g. wenn die Versorgung der Versicherten mit Leistungen durch den Leistungserbringer nicht (mehr) sichergestellt ist.
- (3) ¹Wird die Fortbildungsverpflichtung nach § 10 Abs. 12 nicht eingehalten, erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von 5 % der Vergütungen aus Leistungen, die ab dem Zeitpunkt erbracht werden, zu welchem die Fortbildungsverpflichtung zu erfüllen gewesen wäre, bis zu dem Zeitpunkt, zu welchem sie nachweislich erfüllt wird. ²Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132I Abs. 5 SGB V.
- (4) Die Maßnahmen nach Abs. 1 und 3 können unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit auch nebeneinander verhängt werden.
- (5) Vertragsmaßnahmen nach Abs. 1 lit. c in Höhe von über 20.000 Euro sind insgesamt in drei gleichhohe monatliche Raten aufzuteilen.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 und 3 hat der Leistungserbringer der Krankenkasse eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zu erstatten und einen weiteren durch den Verstoß verursachten Schaden zu ersetzen.

§ 21 Vereinbarung von Übergangsregelungen

- (1) ¹Für Leistungserbringer, die bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Rahmenempfehlungen auf der Grundlage vertraglicher Regelungen nach § 132a Abs. 4 SGB V außerklinische ambulante Intensivpflege, insbesondere bei beatmungspflichtigen Intensivpflegepatientinnen oder -patienten, erbringen oder erbracht haben, aber nicht die Voraussetzungen nach den §§ 2 bis 5, 7 erfüllen, sind in den Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V Übergangsregelungen zur Anpassung an die Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. ²Das gleiche gilt, wenn Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 die Voraussetzungen nach § 6 nicht erfüllen. ³Dabei darf für die Anpassung der personellen Anforderungen nach den §§ 2 bis 5 ein Übergangszeitraum für die Versorgung nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 4 von einem Jahr und für die Versorgung nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen nicht überschritten werden. ⁴Für die Anpassung an die Anforderungen nach § 6 in vollstationären Pflegeeinrichtungen und bei Leistungserbringern, die Leistungen nach § 103 Abs. 1 SGB IX in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 SGB XI erbringen (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3), darf ein Übergangszeitraum von zwei Jahren nicht überschritten werden.
- (2) ¹Der Nachweis nach § 7 Abs. 5 e) ist spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen zu erbringen. ²Weist der Leistungserbringer nach, dass er aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen den Nachweis nach § 7 Abs. 5 e) nicht innerhalb dieser Frist

einholen konnte, wird ihm eine Nachfrist von sechs Monaten zur Vorlage dieses Nachweises eingeräumt; für diesen Zeitraum ist zunächst ein befristeter Vertrag nach § 132I Abs. 5 SGB V zu schließen, soweit die weiteren Voraussetzungen für den Vertragsschluss erfüllt sind. ³Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn der Nachweis auch innerhalb der Nachfrist nicht beigebracht wird; ansonsten ist der Vertrag zu entfristen.

- (3) Die Übergangszeit zur Anpassung an die strukturellen Anforderungen nach § 7 ist in den Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V mit den Leistungserbringern, die bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rahmenempfehlungen eine Wohneinheit für Intensivpflegebedürftige betreiben und für diese Wohneinheit spezielle vertragliche Regelungen (z. B. Vergütungsregelungen) in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V für die Mehrfachversorgung haben, zu vereinbaren und darf einen Übergangszeitraum von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen nicht überschreiten.
- (4) Soweit zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte am Tag vor dem Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen auf der Grundlage von Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V als verantwortliche Pflegefachkraft eines Leistungserbringers in der außerklinischen Intensivpflege anerkannt waren, dürfen sie diese Funktion auch weiterhin ausüben (personenbezogener Bestandschutz).

§ 22 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) ¹Die Rahmenempfehlungen treten zum 01.07.2023 in Kraft. ²Die Rahmenempfehlungen können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (2) ¹Die gekündigten Rahmenempfehlungen gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter. ²Nachdem 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 verhandeln.

§ 23 Salvatorische Klausel

¹Sollten 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. ²Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Rahmenempfehlungen unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Anlage 1 zur Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V

Leistungsnachweis

Vor- und Nachname der oder des Versicherten:

Datum der Rechnung:

Versichertennummer:

Rechnungsnummer:

Name des Leistungserbringers:

Leistungszeitraum

IK des Leistungserbringers:

Datum	Uhrzeit in Echtzeit		Dauer (Std. Einheiten)	Gesamtstunden	HZ bzw. BN der Pflegefachkraft
	von	bis			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Anlage 1 zur Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V

Leistungsnachweis

Datum der Rechnung:
 Rechnungsnummer:
 Leistungszeitraum

Vor- und Nachname der oder des Versicherten:
 Versichertennummer:
 Name des Leistungserbringers:
 IK des Leistungserbringers:

Datum	Uhrzeit in Echtzeit		Dauer (Std. Einheiten)	Gesamtstunden	HZ bzw. BN der Pflegefachkraft
	von	bis			
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Anlage 1 zur Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V

Leistungsnachweis

Vor- und Nachname der oder des Versicherten:

Datum der Rechnung:

Versichertennummer:

Rechnungsnummer:

Name des Leistungserbringers:

Leistungszeitraum

IK des Leistungserbringers:

Datum	Uhrzeit in Echtzeit		Dauer (Std. Einheiten)	Gesamtstunden	HZ bzw. BN der Pflegefachkraft
	von	bis			
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Anlage 1 zur Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V

Leistungsnachweis

Vor- und Nachname der oder des Versicherten:

Datum der Rechnung:

Versichertennummer:

Rechnungsnummer:

Name des Leistungserbringers:

Leistungszeitraum

IK des Leistungserbringers:

Datum	Uhrzeit in Echtzeit		Dauer (Std. Einheiten)	Gesamtstunden	HZ bzw. BN der Pflegefachkraft
	von	bis			
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Anlage 1 zur Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V

Leistungsnachweis

Datum der Rechnung:
 Rechnungsnummer:
 Leistungszeitraum

Vor- und Nachname der oder des Versicherten:
 Versichertennummer:
 Name des Leistungserbringers:
 IK des Leistungserbringers:

Datum	Uhrzeit in Echtzeit		Dauer (Std. Einheiten)	Gesamtstunden	HZ bzw. BN der Pflegefachkraft
	von	bis			
			Gesamtstunden:		

Die Durchführung der Leistung in dem angegebenen Umfang / zu den angegebenen Zeiten wird bestätigt.

Unterschrift Leistungsempfänger/Betreuer: _____

_____, den _____

Unterschrift Leistungserbringer: _____

_____, den _____