

**Rahmenempfehlungen**  
**nach § 132a Abs. 1 SGB V**  
**zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege**  
**vom 10.12.2013 i. d. F. vom 16.07.2020**

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

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

des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin

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

der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin

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

des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Dresden

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

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V., Berlin

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

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

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

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

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

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

---

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

## Änderungshistorie

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

Inhalt:

Änderungshistorie .....	1
Präambel.....	1
§ 1 Verantwortliche Pflegefachkraft .....	2
§ 2 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren.....	5
§ 3 Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege .....	7
§ 4 Außerklinische ambulante Intensivpflege .....	9
§ 5 Psychiatrische häusliche Krankenpflege .....	22
§ 6 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA) .....	29
§ 7 Inkrafttreten und Kündigung .....	32
§ 8 Salvatorische Klausel.....	32
Unterschriftenseite .....	33

## Präambel

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

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

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

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

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

## § 1 Verantwortliche Pflegefachkraft

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

Abs. 4 SGB V in anderen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt.

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

Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

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

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

- 8) Die verantwortliche Pflegefachkraft soll in dieser Funktion in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Eine Teilzeitbeschäftigung im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit ist auch möglich, wenn diese zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens 1,5<sup>2</sup> Vollzeitstellen je Pflegedienst beträgt. Die verantwortliche Pflegefachkraft darf zugleich auch als solche bei dem gleichen ambulanten Pflegedienst nach dem SGB XI und bei einem anderen ambulanten Pflegedienst des gleichen Trägers nach SGB V und/oder SGB XI tätig sein. Die Regelungen des § 72 Abs. 2 SGB XI bleiben davon unberührt. Die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 3 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin/Eigentümer oder Gesellschafterin/Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf den jeweiligen ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 1 bis 3 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.
- 9) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt bezogen auf Berufsabschluss und Berufserfahrung die gleichen Voraussetzungen wie die verantwortliche Pflegefachkraft (s. Absätze 3–6). Im Vertretungsfall muss die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle gewährleistet sein.
- 10) Sofern der Pflegedienst spezialisierte Leistungen anbietet, für die besondere vertragliche Anforderungen definiert werden (s. §§ 4 und 5), gelten hinsichtlich der Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. an die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft für diese spezifischen Leistungen die dortigen Anforderungen, soweit sie von den Regelungen des § 1 abweichen.

---

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

## § 2 Verordnungs- und Genehmigungsverfahren

- 1) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich bis zur Entscheidung der Krankenkasse aus der ärztlichen Verordnung. Im Rahmen der Verordnung schätzt die Vertragsärztin/der Vertragsarzt auch ein, ob eine im Haushalt lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V)<sup>3</sup>. Diese Verordnung ist durch die Versicherte/den Versicherten oder deren/dessen gesetzlichen Vertreterin/Vertreter bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Ergeben sich aus der Verordnung nicht alle für die Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen oder ist die Verordnung nicht eindeutig, unzureichend oder fehlerhaft ausgefüllt, wendet sich die Krankenkasse ausschließlich an die ausstellende Ärztin/an den ausstellenden Arzt oder ggf. an die Versicherte/den Versicherten zur diesbezüglichen Klärung. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe<sup>4</sup>.
- 2) Die von der oder dem Versicherten eingereichte ärztliche Verordnung wird durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 275 Abs. 1 und 2 SGB V geprüft. Die Krankenkasse informiert den Pflegedienst schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen. Bei einer von der ärztlichen Verordnung abweichenden Entscheidung teilt die Krankenkasse der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt sowie der/dem Versicherten die Gründe mit. Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde<sup>5</sup>.
- 3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die

---

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

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

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

Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Frist soll als gewahrt gelten, wenn die Verordnung als Fax oder als Datei der Krankenkasse vorliegt. Dieses und weitergehende Regelungen zu den Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V zu regeln.

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

### § 3 Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege

- 1) Der Pflegedienst hat ein geeignetes Dokumentationssystem anzuwenden, das für die Erbringung der Leistung eine übersichtliche und nachvollziehbare Dokumentation ermöglicht. Geeignet sind Dokumentationssysteme, mit denen die Dokumentation der auf die Erbringung der Leistung bezogenen Informationssammlung, Hinweise zur Durchführung, Hinweise zur Leistungserbringung sowie von Verlaufsbeobachtungen und notwendigen Abstimmungen mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt möglich ist. Das Dokumentationssystem hat auch die Dokumentation der Planung der Durchführung der Leistungen zu ermöglichen, soweit eine Planung erforderlich ist.<sup>6</sup> Soweit erforderlich, sind spezielle Formulare (z.B. Wunddokumentation, Medikamentenblatt) vorzuhalten.
- 2) Zu Beginn des Versorgungsauftrages erfasst der Pflegedienst Stammdaten sowie die leistungsbezogenen Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für eine ordnungsmäße Durchführung der Leistungen erforderlich sind. Auf dieser Grundlage werden die Leistungen durchgeführt. Die Leistungserbringung wird im Anschluss an die Durchführung auf dem Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegekraft abgezeichnet.
- 3) Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie Besonderheiten oder Abweichungen bei der Durchführung der Leistungen oder Beobachtungen im Verlauf werden im Pflegebericht/Berichtsblatt bzw. in speziellen Formularen festgehalten.
- 4) Über leistungsrelevante Veränderungen berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Bei einer Änderung der ärztlichen Verordnung wird die Durchführung entsprechend angepasst.

---

<sup>6</sup> Die Festlegung der technischen Anforderungen an das Dokumentationssystem beinhaltet kein Präjudiz für die Frage, ob eine Planung erforderlich ist.

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

## § 4 Außerklinische ambulante Intensivpflege

### Allgemeines

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

---

<sup>7</sup> Eine Ergänzungsvereinbarung ist nicht erforderlich, wenn sich die Vertragspartner auf entsprechende Regelungen nach diesem Paragraphen (außerklinische ambulante Intensivpflege) der Rahmenempfehlung im Versorgungsvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V (ggf. einschließlich Zusatz-/Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V) verständigt haben bzw. verständigen.

Pflegefachkraft oder die Fachbereichsleitung) zu erfüllen und in geeigneter Form nachzuweisen. Hierbei muss die Zusatzqualifikation in Höhe von 200 Stunden nach Abs. 7 nur dann nachgewiesen werden, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 oder 5 vorliegen.

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

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

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

Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine der folgenden Qualifikationen<sup>8</sup> nachgewiesen werden:

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

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

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

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

- 7) Sind die Voraussetzungen nach Abs. 6 Satz 2 Nr.3 oder 5 gegeben, muss zusätzlich ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten Zusatzqualifikation über mindestens 200 Zeitstunden (140 Zeitstunden Theorie<sup>9</sup>, mindestens 60 Zeitstunden Praktikum) nachgewiesen werden. Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften, z. B. „Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“ und haben die Besonderheiten für alle

---

<sup>8</sup> Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen.

<sup>9</sup> Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt werden.

Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) zu berücksichtigen. Die Zusatzqualifikation kann unter den nachfolgend genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen. Die Zusatzqualifikation umfasst mindestens folgende Inhalte:

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

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

- 10 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf die vorgesehene Schwerpunktsetzung der Kursorganisatoren
- 18 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf die Facharbeit am Ende des Kurses.

#### **Praktischer Anteil:**

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), die jedoch nicht zum Unternehmen/zur Unternehmensgemeinschaft des Kursteilnehmers gehören darf. Im Falle einer altersspezifischen Schwerpunktsetzung (z. B. in der Pädiatrie) ist dies im Rahmen des Praktikums zu berücksichtigen.

- 8) Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach den Absätzen 6 – 7 nicht erfüllt, kann der Pflegedienst auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach den Absätzen 6 – 7, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 1 Abs. 7, erfüllen müssen. Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in Abs. 2 beschriebenen Leistungen.
- 9) In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 12 erfüllt<sup>10</sup>. Die vorübergehende Vertretung muss – entsprechend den getroffenen Regelungen in dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse angezeigt werden. Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 6 i. V. m.

---

<sup>10</sup> Die Vertretungskraft muss mindestens im gleichen Stellenumfang wie die zu vertretende verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung tätig sein.

Abs. 7 bzw. Abs. 8 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich Pflegedienst und Krankenkasse auf eine geeignete Übergangsregelung.

10) Die Anzahl der zu beschäftigenden verantwortlichen Pflegefachkräfte nach Abs. 6 bzw. in den Fällen des Abs. 8 der eingesetzten Fachbereichsleitungen ist unter Berücksichtigung des medizinischen und pflegerischen Stands der Erkenntnisse in der Vereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V festzulegen und bei der Vergütung zu beachten.<sup>11</sup>

11) Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass bei Beginn der Leistungserbringung für beatmete Versicherte nach Abs. 2 die an der jeweiligen Versorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die fachliche Qualifikation gemäß Abs. 12 verfügen und hat dies in geeigneter Form der Krankenkasse nachzuweisen.

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

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

eine der folgenden Voraussetzungen bzw. Qualifikationen<sup>12</sup> aufweisen:

- 1. Atmungstherapeut/-in oder
- 2. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege oder

---

<sup>11</sup> Als Orientierungswert kann in der 24-Stunden-Pflege unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten ein Verhältnis von 1:12, wie es in aktuellen Leitlinien enthalten ist, herangezogen werden.

<sup>12</sup> Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen.

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 (40 Zeitstunden Theorie<sup>13</sup>, 80 Zeitstunden Praktikum) nachgewiesen werden. Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“ und haben die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) zu berücksichtigen. Diese Zusatzqualifikation kann unter den nachfolgend genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen. Die Zusatzqualifikation umfasst mindestens folgende Inhalte:

**Theoretischer Anteil** (mindestens 40 Zeitstunden = 53 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten):

- 22 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den medizinisch-therapeutischen Themenblock
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: spezielle Krankheitslehre (z. B. Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie), Sauerstofftherapie, Grundlagen der Beatmung einschließlich Gerätekunde und Besonderheiten der

---

<sup>13</sup> Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt werden.

Heimbeatmung sowie Beatmungszugängen (einschließlich Kanülenmanagement)

- 20 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den pflegerischen Themenblock
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: pflegerische Besonderheiten in der Neurologie und Palliativversorgung, Sekretmanagement, Ernährung, Schmerzmanagement, Atemtherapeutische Maßnahmen, Hygiene, Notfallmanagement, rechtliche Aspekte (z. B. Patientenverfügung, Medizinproduktegesetz)
- 6 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf den psychosozialen Themenblock
  - Insbesondere mit folgenden Inhalten: Ethik, Überleitungsmanagement, Angehörigenintegration, Copingstrategien
- 5 Unterrichtseinheiten (UE) entfallen auf die vorgesehene altersspezifische oder generalistische Schwerpunktsetzung

#### **Praktischer Anteil:**

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

- 13) Für neu eingestellte sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung nach Abs. 12 Satz 1 Buchstabe a-d, die nicht über eine Qualifikation nach Abs. 12 Satz 1 Nr. 1, 2, 4 oder 6 verfügen, hat der Pflegedienst die Berufserfahrung nach Abs. 12 Satz 1 Nr. 3 und 5 auf Anforderung entsprechend nachzuweisen. Sofern diese nicht gegeben ist, hat der Pflegedienst die betreffenden Pflegefachkräfte mit der Aufnahme der intensivpflegerischen Betreuung zur Qualifikation nach Abs. 12 Satz 1 Nr. 6 anzumelden und deren Abschluss innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen. Bei der Versorgung eines

Versicherten können nicht mehrere Pflegefachkräfte nach Satz 2 gleichzeitig in einem Pflgeteam eingesetzt werden. Im Übrigen ist für diese Pflegefachkräfte ab Tätigkeitsbeginn sicherzustellen, dass diese mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten haben.

14) Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen. Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, durch spezifische, interne und/oder externe Fortbildung je Kalenderjahr zu gewährleisten. Die Fortbildungsmaßnahmen sollen die besonderen Belange der Versorgung von beatmungspflichtigen Versicherten ausreichend berücksichtigen. Dazu zählen insbesondere die folgenden Themengebiete:

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

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

## Spezifische Voraussetzungen zur Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Versicherten

15) Zur Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Versicherten nach Abs. 2 muss die verantwortliche Pflegefachkraft, ausgehend von § 1, nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

Abgeschlossene Ausbildung als

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

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

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

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

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

17) Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, durch spezifische, interne und/oder externe Fortbildung in der Regel je Kalenderjahr zu gewährleisten. Art und Umfang der Dokumentation sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.

**Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung für beatmungspflichtige und nicht beatmungspflichtige Versicherte**

18) Der Pflegedienst ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. Eine persönliche Erreichbarkeit muss gewährleistet sein.

19) Auf Verlangen ist der zuständigen Krankenkasse die Erfüllung der vorgennannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. Dies kann z. B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.

20) Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens. Bestandteile der Leistungserbringung sind auch:

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

21) Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Krankenkasse, Pflegedienst, den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den anderen hieran Beteiligten (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

- 22) Der Pflegedienst orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. Ziel der Rückzugspflege ist es, Versicherte und deren soziales Umfeld durch strukturierte Maßnahmen, insbesondere durch Anleitung und Schulung, in die Lage zu versetzen, sich an den krankenflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. Der Pflegedienst beachtet bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der krankenflegerischen Inhalte und die Wünsche der Versicherten und des sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen aktiver und passiver Pflegebereitschaft. Ein Rückzug des Pflegedienstes darf erst dann erfolgen, wenn die oder der Versicherte und/oder das soziale Umfeld die erforderlichen krankenflegerischen Maßnahmen in gebotener Weise selbstständig sicherstellen können und dies auch der Auffassung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes entspricht. Die Anpassung des Versorgungsumfanges erfolgt nach ärztlicher Verordnung. Die Ziele und strukturierten Maßnahmen sollen für alle Beteiligten nachvollziehbar festgehalten werden. Der Pflegedienst dokumentiert alle Maßnahmen zur Rückzugspflege. Er unterrichtet die zuständige Krankenkasse zeitnah über den Beginn, die voraussichtliche Dauer und das Ende von anleitenden Maßnahmen. Mit dem Ende der Rückzugspflege ist das Ergebnis der Rückzugspflege der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der Krankenkasse zu übermitteln.
- 23) Bei Hinweisen auf eine klinische Veränderung einer beatmeten Versicherten oder eines beatmeten Versicherten, insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungspotenzial schließen lassen, informiert der Pflegedienst die verantwortliche behandelnde Ärztin oder den verantwortlichen behandelnden Arzt oder mit Zustimmung der oder des Versicherten weitere an der Versorgung Beteiligte (Beatmungs-/Weaningzentrum, die oder der in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder Arzt oder das begleitende Krankenhaus). Dies ist entsprechend durch den Pflegedienst zu dokumentieren.
- 24) Versorgt ein Pflegedienst mindestens zwei Versicherte gemäß § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V in einer durch den Pflegedienst oder einen Dritten organisierten Wohneinheit, hat er dies gegenüber der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Dabei sind der zuständigen Krankenkasse folgende Informationen zu übermitteln:

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

25) Für Pflegedienste, die bereits auf der Grundlage vertraglicher Regelungen

beatmungspflichtige Intensivpflegepatientinnen oder -patienten nach diesem Paragraphen versorgen oder versorgt haben, aber nicht die Voraussetzungen nach diesem Paragraphen erfüllen, sind in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V, die vor Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen geschlossen worden sind, Übergangsregelungen zur Anpassung an die Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Dabei darf ein Übergangszeitraum für die erforderlichen strukturellen Anpassungen des Pflegedienstes von vier Jahren nach Inkrafttreten dieses Paragraphen der Rahmenempfehlungen nicht überschritten werden. Verhandlungen nach Satz 1 sollen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Paragraphen aufgenommen werden.

## § 5 Psychiatrische häusliche Krankenpflege

- 1) Für die psychiatrische häusliche Krankenpflege von Versicherten nach Abs. 2 ist ein bestehender Vertrag für das jeweilige Bundesland nach § 132a Abs. 4 SGB V und eine Ergänzung<sup>14</sup> mit den nachfolgenden Regelungen Voraussetzung.
- 2) Diese Ergänzungsvereinbarung oder vertragliche Regelung nach Abs. 1 (nachfolgend Vereinbarung) regelt die Versorgung der Versicherten, die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 4 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Abs. 7 SGB V i. V. m. der Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses in der Anlage zur Richtlinie erhalten (HKP-Richtlinie).
- 3) Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass für die Übernahme der Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf nach Abs. 2 im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die erforderlichen personellen und fachlichen Voraussetzungen der Absätze 5 und 6 und bei Beginn der Leistungserbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege auch des Absatzes 8 erfüllt sind.
- 4) Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten sollte nicht mehr als 20 % der im Bereich psychiatrischen häuslichen Krankenpflege eingesetzten Pflegefachkräfte betragen. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die Pflegefachkräfte Eigentümerinnen bzw. Eigentümer oder Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes sind und sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt auf den ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von der Regelung nach Satz 1 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte.
- 5) Der Pflegedienst verfügt für die Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten nach Abs. 2 über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft

<sup>14</sup> Eine Ergänzungsvereinbarung ist nicht erforderlich, wenn sich die Vertragspartner auf entsprechende Regelungen entsprechend dieses Paragraphen (psychiatrische häusliche Krankenpflege) im Versorgungsvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V (ggf. einschließlich Zusatz-/Ergänzungsvereinbarungen zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V) verständigt haben bzw. verständigen.

gemäß Absatz 4 Sätze 1, 3 und 4 (gemäß § 1 Abs. 8 ist eine Teilzeitbeschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit grundsätzlich möglich), die ausgehend von § 1 nachfolgende Voraussetzungen erfüllt:

Abgeschlossene Ausbildung als

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

Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine der folgenden

Qualifikationen<sup>15</sup> nachgewiesen werden:

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

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

---

<sup>15</sup> Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, sind anzuerkennen

oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrischen Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen) sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

- 6) Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach Abs. 5 nicht erfüllt, kann der Pflegedienst auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach den Absätzen 5, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 1 Abs. 7, erfüllen müssen. Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in Abs. 2 beschriebenen Leistungen.
- 7) In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 8 erfüllt.<sup>16</sup> Die vorübergehende Vertretung muss – entsprechend den getroffenen Regelungen in dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse angezeigt werden. Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 5 bzw. Abs. 6 sicherzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich Pflegedienst und Krankenkasse auf eine geeignete Übergangsregelung.
- 8) Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Versicherten nach Abs. 2 übernehmen, müssen neben einer Ausbildung als
  - a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
  - b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
  - c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
  - d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIBRefG) oder
  - e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

---

<sup>16</sup> Die Vertretungskraft muss mindestens im gleichen Stellenumfang wie die zu vertretende verantwortliche Pflegekraft bzw. die Fachbereichsleitung tätig sein.

über eine ausreichende Berufserfahrung in der pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen oder eine Zusatzqualifikation in Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden nachweisen können.

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

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

höchstens jedoch auf 8 Jahre.

Im Rahmen der Zusatzqualifikation zur Psychiatrie/Gerontopsychiatrie müssen bezogen auf den theoretischen Teil mindestens folgende Inhalte vermittelt werden (Umfang von mind. 200 Zeitstunden <sup>17</sup>):

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

Neben dem theoretischen Teil muss ein Praxisteil mit einem Umfang von mind. 120 Zeitstunden absolviert werden. Der Praxisteil kann in einem Krankenhaus, in einer psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer

---

<sup>17</sup> Von der Gesamtstundenzahl des theoretischen Unterrichtsteils sollen mindestens 50% in Präsenzphasen vermittelt werden.

ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Einrichtung (Institutsambulanz, Fachpflegedienst, Tagesklinik, Reha-Einrichtung) durchgeführt werden.

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

Bis dahin dürfen diese Pflegefachkräfte unter folgenden Voraussetzungen eingesetzt werden:

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

- 10) Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen. Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach diesem Paragraphen erbringen, durch spezifische, interne und/oder externe Fortbildungen je Kalenderjahr zu gewährleisten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, die Versicherten

nach dem jeweils anerkannten Stand medizinisch–pflegerischer Erkenntnisse zu versorgen. Art und Umfang der Dokumentation sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.

- 11) Der Pflegedienst ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. Die persönliche Erreichbarkeit einer für die Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege strukturiert eingewiesenen Ansprechperson muss gewährleistet sein; einer weitergehenden pflegfachlichen Qualifikation bedarf es nicht.
- 12) Auf Verlangen ist der zuständigen Krankenkasse die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. Dies kann z.B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.
- 13) Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch–pflegerischen Stand des Wissens. Bestandteile der Leistungserbringung sind auch:
  - Aufnahmegespräche sowie alle Maßnahmen bei Überleitung in/aus dem Krankenhaus/der stationsäquivalenten Behandlung/der Reha–Einrichtung sowie die Vorbereitung der Übernahme der oder des Versicherten im Rahmen des Krankenhaus– oder Reha–Entlassmanagements in die häusliche Versorgung,
  - die notwendige Information und Beratung der oder des Versicherten und der Angehörigen,
  - Fallbesprechungen mit anderen an der Versorgung Beteiligten.
- 14) Der Pflegedienst soll mit (gemeinde–)psychiatrischen Verbänden oder anderen vernetzten Behandlungsstrukturen zusammenarbeiten.
- 15) Das Überleit– und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha–Einrichtung, Krankenkasse, Pflegedienst, den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den anderen hieran Beteiligten (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

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

## § 6 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)

- 1) Die Pflegedienste sind verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu beachten. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen. Soweit die Empfehlungspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V Regelungen treffen, die von den Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen, sind diese vorrangig (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 und Satz 6 SGB V). Regelungen in diesem Sinne sind die Absätze 2, 3, 4 und 6.
  
- 2) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach 3-maliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Der Pflegedienst erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragsparteien nach § 132a Abs. 4 SGB V zu regeln.
  
- 3) Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der vertraglichen Regelungen nach § 132a Abs. 4 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. Neben den maschinell oder auf Datenträgern übermittelten Daten sind den Abrechnungen die von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V vereinbarten Urbelege sowie die notwendigen Begleitzettel beizufügen. Der 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. Die Partner der Empfehlungen streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln.<sup>18</sup>

- 4) 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. Diese Regelung findet spätestens ab dem 01.09.2014 Anwendung.
- 5) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen.

Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung bzw. in Fällen des Abs. 6 nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.

- 6) Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu 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. Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen

---

<sup>18</sup> Die Partner der Empfehlungen vereinbaren, bis zum 31.03.2014 eine Agenda zum weiteren Vorgehen, unter Berücksichtigung von vorliegenden Erkenntnissen zu technischen Möglichkeiten und notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen, zu erstellen.

Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist. Einzelheiten sind vertraglich zu vereinbaren. Die Regelung findet spätestens ab dem 01.04.2014 Anwendung.

- 7) Pflegedienste, die Dienstleister für die Abrechnung beauftragen, stellen die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Verordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.

## **§ 7 Inkrafttreten und Kündigung**

- 1) Die neugefassten Rahmenempfehlungen treten zum 01.10.2020 in Kraft. Die Rahmenempfehlungen können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- 2) Die gekündigten Rahmenempfehlungen gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter. Nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, verpflichten sich alle Vertragsparteien, unverzüglich die Verhandlungen aufzunehmen.
- 3) Die Vertragsparteien können diese Rahmenempfehlungen auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

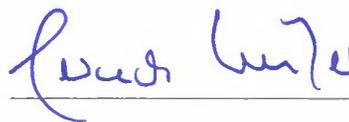
## **§ 8 Salvatorische Klausel**

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

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den 20.09.2010



---

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den

---

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den

---

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den

---

Bundesverband Ambulante Dienste und

Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den

---

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den

---

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den

---

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den *15.09.2020*



Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Ambulante Dienste und

Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den 11. September 2020

*Brigitte Döcker*

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Ambulante Dienste und

Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

**Unterschriftenseite**

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitgeber- und Berufsverband  
Privater Pflege e.V.

Hannover, den *17.09.2020*

  
\_\_\_\_\_

**ABVP**  
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Berliner Allee 14 • 30175 Hannover  
Telefon (0511) 515 111-0  
Telefax (0511) 515 111-8109

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Ambulante Dienste und  
Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

**Unterschriftenseite**

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

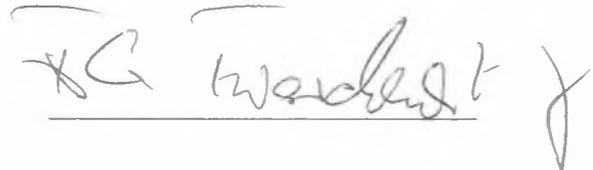
Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitgeber- und Berufsverband  
Privater Pflege e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Bundesarbeitsgemeinschaft  
Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den 17. 9. 2020

Handwritten signature in black ink, appearing to read "J.G. Warden" with a stylized flourish to the right.

Bundesverband Ambulante Dienste und  
Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.  
Dresden, den \_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.  
Berlin, den \_\_\_\_\_

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Ambulante Dienste und  
Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den *10.09.2020*

  
Bundesverband Ambulante Dienste  
und Stationäre Einrichtungen e.V.  
Zweigenstr. 50  
45130 Essen  
Tel. 0201 / 35 40 0  
Fax 0201 / 35 79 01  
Email info@bad-ev.de  
www.bad-cv.de

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitgeber- und Berufsverband

Privater Pflege e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Ambulante Dienste und

Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den 14.09.20

  
\_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

## Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeitgeber- und Berufsverband  
Privater Pflege e.V.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Bundesarbeitsgemeinschaft  
Hauskrankenpflege e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Ambulante Dienste und  
Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Berlin, den 24.09.2020

  
\_\_\_\_\_

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Berlin, den 14.9.2020



Deutscher Caritasverband e.V.

Freiburg i.Br., den

---

Deutscher Paritätischer

Wohlfahrtsverband e.V. - Gesamtverband -

Berlin, den

---

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Berlin, den

---

Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk

für Diakonie und Entwicklung e.V

Berlin, den

---

Verband Deutscher

Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Essen, den

---

Zentralwohlfahrtsstelle

der Juden in Deutschland e.V.

Frankfurt am Main, den

---

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.  
Berlin, den

---

Deutscher Caritasverband e.V.  
Freiburg i.Br., den



---

Deutscher Paritätischer  
Wohlfahrtsverband e.V. – Gesamtverband –  
Berlin, den

---

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat  
Berlin, den

---

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

---

Verband Deutscher  
Alten- und Behindertenhilfe e.V.  
Essen, den

---

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

---

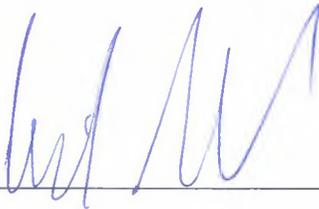
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.  
Berlin, den

---

Deutscher Caritasverband e.V.  
Freiburg i.Br., den

---

Deutscher Paritätischer  
Wohlfahrtsverband e.V. - Gesamtverband -  
Berlin, den 25.09.2020



---

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat  
Berlin, den

---

Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk  
für Diakonie und Entwicklung e.V  
Berlin, den

---

Verband Deutscher  
Alten- und Behindertenhilfe e.V.  
Essen, den

---

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

---

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Berlin, den

---

Deutscher Caritasverband e.V.

Freiburg i.Br., den

---

Deutscher Paritätischer

Wohlfahrtsverband e.V. – Gesamtverband –

Berlin, den

---

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Berlin, den

---

*C. Pentz*

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk

für Diakonie und Entwicklung e.V

Berlin, den

---

Verband Deutscher

Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Essen, den

---

Zentralwohlfahrtsstelle

der Juden in Deutschland e.V.

Frankfurt am Main, den

---

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Deutscher Caritasverband e.V.

Freiburg i.Br., den \_\_\_\_\_

Deutscher Paritätischer

Wohlfahrtsverband e.V. - Gesamtverband -

Berlin, den \_\_\_\_\_

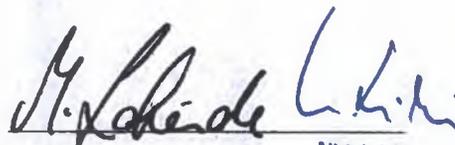
Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Berlin, den \_\_\_\_\_

Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk

für Diakonie und Entwicklung e.V.

Berlin, den 16.09.2020

  
Ulrich Lille

Verband Deutscher

Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Zentralwohlfahrtsstelle

der Juden in Deutschland e.V.

Frankfurt am Main, den \_\_\_\_\_

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.  
Berlin, den

---

Deutscher Caritasverband e.V.  
Freiburg i.Br., den

---

Deutscher Paritätischer  
Wohlfahrtsverband e.V. - Gesamtverband -  
Berlin, den

---

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat  
Berlin, den

---

Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk  
für Diakonie und Entwicklung e.V.  
Berlin, den

---

Verband Deutscher  
Alten- und Behindertenhilfe e.V.  
Essen, den 21.09.2020



---

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

---

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Deutscher Caritasverband e.V.

Freiburg i.Br., den \_\_\_\_\_

Deutscher Paritätischer

Wohlfahrtsverband e.V. – Gesamtverband –

Berlin, den \_\_\_\_\_

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Berlin, den \_\_\_\_\_

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk

für Diakonie und Entwicklung e.V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Verband Deutscher

Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Essen, den \_\_\_\_\_

Zentralwohlfahrtsstelle

der Juden in Deutschland e.V.

Frankfurt am Main, den 15.09.2020



Zentralwohlfahrtsstelle  
der Juden in Deutschland e.V.  
Hebelstr. 6, 60318 Frankfurt/M.  
Tel. (069) 94 43 71-0