Versorgungsvertrag zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege nach § 132l Abs. 5 S. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 37c Abs. 1 und 3 SGB V für Versicherte ab der Vollendung des 18. Lebensjahres

zwischen

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

den Ersatzkassen
Techniker Krankenkasse (TK)
Barmer
DAK-Gesundheit
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)
Hanseatische Krankenkasse (HEK)
Handelskrankenkasse (hkk)
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

der IKK classic

dem BKK Landesverband Süd, vertreten durch die IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

- nachfolgend Krankenkassen -

und

Musterpflegeheimträger GmbH
- nachfolgend Trägerin -

für

das Musterpflegeheim
- nachfolgend Pflegeheim -

Vertragsmuster

Inhalt

§ 1 Gegenstand und Grundlage des Vertrages 3
§ 2 Verordnung/Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege 4
§ 3 Überleitmanagement 5
§ 4 Eigenbeteiligung/Verbot von Aufzahlungen 6
§ 5 Vermittlungsverbot 6
§ 6 Wahlrecht des Versicherten und Beratungen durch die Krankenkasse 7
§ 7 Organisatorische und personelle Voraussetzungen 7
§ 7a Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft für die intensivpflegerische Versorgung 8
§ 7b Qualifikation der Pflegefachkräfte für die intensivpflegerische Versorgung 14
§ 8 Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs 17
§ 9 Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung 17
§ 10 Pflegeprozess/-dokumentation und Leistungsnachweis 20
§ 11 Vergütungsvereinbarung 21
§ 12 Nachweisverpflichtungen 21
§ 13 Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Pflegeheims mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern 22
§ 14 Anzeige-/Mitteilungspflichten des Pflegeheims 23
§ 15 Vertragsverstöße 24
§ 16 Übergangsregelungen 26
§ 17 Mitwirkung des Pflegeheims bei Prüfungen 26
§ 18 Inkrafttreten und Kündigung 26
§ 19 Schriftformklausel 27
§ 20 Salvatorische Klausel 27

Vertragsmuster

§ 1 Gegenstand und Grundlage des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die personellen und organisatorischen Anforderungen an die vollstationäre Versorgung von Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege (AKI) nach § 37c Abs. 1 bis 3 SGB V in vollstationären Einrichtungen gemäß § 132l Abs. 5 S. 1 Nr. 2 SGB V ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege einen Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Abs. 1 und 3 SGB V i. V. m. der AKI-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V des G-BA haben. Dieser Vertrag konkretisiert die Leistungsgrundsätze der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c Absätze 1 bis 3 SGB V im Pflegeheim und ergänzt den Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI i.e.S. Dem Vertrag liegen die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Abs.1 SGB V zugrunde.

(2) Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn der Versicherte auf Dauer aufgrund medizinischer Notwendigkeit eine permanente pflegerische Interventionsbereitschaft zur Sicherstellung der Vitalfunktionen benötigt, da jederzeit unplanmäßig potenziell lebensbedrohliche Situationen auftreten können, in denen er sofortiger adäquater pflegerischer Hilfe und Überwachung bedarf.

Die außerklinische vollstationäre Intensivpflege umfasst alle im Einzelfall notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen als 24-Stunden-Versorgung. Sie erfolgen nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens. Außerklinisches Weaning (ärztliche Leistung) ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

(3) Das Pflegeheim 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 nach diesem Vertrag zu gewährleisten. Das Pflegeheim gewährleistet im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung von Versicherten mit Leistungen nach diesem Vertrag.

(4) Das Pflegeheim stellt derzeit ganzjährig insgesamt XX Plätze für die Versorgung des in den Absätzen 1 und 2 genannten Personenkreises zur Verfügung. Veränderungen sind den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.

(5) Die Versorgung orientiert sich an der jeweils gültigen Konzeption der Trägerin für das Pflegeheim .

Vertragsmuster

§ 2 Verordnung/Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege

(1) Die AKI setzt eine Verordnung (Muster 62 A-C) über die ärztlich notwendigen Maßnahmen voraus. Der Versicherte oder die zur Vertretung berechtigte Person hat den Antrag auf außerklinische Intensivpflege auf der Rückseite der Verordnung (Muster 62 B) schriftlich auszufüllen und zu unterschreiben. Die Unterschrift durch das Pflegeheim bzw. die Mitarbeitenden ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Rückseite der Verordnung frei. Das Pflegeheim gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an. Zudem ergänzt das Pflegeheim auf dem Muster seine notwendigen Angaben. Bei offensichtlichen Gründen, die gegen einen Anspruch auf AKI sprechen, hat das Pflegeheim unverzüglich Kontakt zum Verordner aufzunehmen.

(2) Art, Umfang und Dauer der vom Pflegeheim zu erbringenden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich bis zur Entscheidung der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) aus der ärztlichen Verordnung. Diese Verordnung ist grundsätzlich durch die Versicherte, den Versicherten, die zur Vertretung berechtigte Person bzw. ggf. vom Pflegeheim 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 jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) ausschließlich an die verordnende Ärztin oder an den verordnenden Arzt zur diesbezüglichen Klärung. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.

(3) Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) informiert das Pflegeheim schriftlich über Art, Umfang und Dauer der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen.

(4) Kosten für genehmigte und vom Pflegeheim erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse entsprechend der Regelungen in Anlage 2 zu tragen. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Ärztin oder dem Arzt verordneten und vom Pflegeheim erbrachten Leistungen entsprechend der in der Anlage 2 festgelegten Vergütung nach § 132l Abs. 5 S. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 37c Abs. 1 und 3 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) vorgelegt wird (vorläufige Kostenzusage). Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Verordnung als Datei der Krankenkasse vorliegt; abweichend kann die Verordnung per Fax übermittelt werden, wenn die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum entsprechend der Anlage 1 den Kom-

Vertragsmuster

munikationsweg per Fax eröffnet hat. Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der AKI-Richtlinie verordnungsfähig sind.

(5) Das Pflegeheim ist in dem von der Krankenkasse genehmigten Umfang berechtigt und verpflichtet, außerklinische Intensivpflege nach dem bestehenden Vertrag nach § 132l Abs. 5 S. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 37c Abs. 1 und 3 SGB V zu erbringen und nach der geltenden Vergütungsvereinbarung abzurechnen. Ist absehbar, dass es nach Ablauf des Genehmigungszeitraums die außerklinische Intensivpflege nicht weiter erbringen kann, informiert es darüber unverzüglich die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1), die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt und die Versicherte oder den Versicherten bzw. die Angehörigen. Das Pflegeheim übergibt die Versorgung im Rahmen der verordneten Leistungen an den Folgeleistungserbringer und informiert die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1). Kann eine Übergabe an einen Folgeleistungserbringer nicht erfolgen, ist die zuständige Krankenkasse unverzüglich und unaufgefordert zu informieren. Innerhalb des Genehmigungszeitraums ist eine Beendigung nur möglich, wenn den Beteiligten die Fortsetzung der außerklinischen Intensivpflege aus im Einzelfall gegenüber der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) dazulegenden Gründen nicht in der gebotenen Weise möglich oder zumutbar ist. In diesen Fällen ist die zuständige Krankenkasse, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt und die Versicherte oder der Versicherte bzw. Angehörige unverzüglich zu informieren.

(6) Die Zahlungspflicht der Krankenkassen besteht bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Pflegeheim über die (teil-)ablehnende Entscheidung informiert wird; die Regelung nach § 37c Abs. 3 Satz 2 SGB V bleibt unberührt.

§ 3 Überleitmanagement

(1) Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1), Pflegeheim, 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).

(2) Zur Sicherstellung der Versorgung arbeiten die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) und das Pflegeheim beim Überleitmanagement eng zusammen. Sobald das Pflegeheim Kenntnis von der beabsichtigten Entlassung des Versicherten erhält, ist vor Beginn der vollstationären Versorgung im Einvernehmen mit dem Versicherten unverzüglich Kontakt mit der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1) aufzunehmen.

Vertragsmuster

(3) Sofern sich nach Auffassung des Pflegeheims beim Versicherten der Pflegebedarf erhöht/verringert oder bisher vom Versicherten noch kein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt wurde, weist das Pflegeheim den Versicherten auf die erforderliche Antragstellung hin. Zusätzlich informiert er im Einvernehmen mit dem Versicherten die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1).

§ 4 Eigenbeteiligung/Verbot von Aufzahlungen

(1) Die außerklinische Intensivpflege nach diesem Vertrag wird Versicherten von der Krankenkasse als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Die gesetzlichen Zuzahlungsverpflichtungen bestehen ausschließlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse.

(2) Jegliche Aufzahlungen, das heißt zusätzliche Vergütungen, dürfen von der oder dem Versicherten für die Vertragsleistung nach diesem Vertrag durch das Pflegeheim weder gefordert noch angenommen werden; Zusatzleistungen i. S. d. § 88 SGB XI bleiben unberührt. Aufzahlungen dürfen durch das Pflegeheim auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn Leistungen erbracht werden, die offensichtlich nicht entsprechend der AKI-Richtlinie verordnungsfähig sind. Auf die Regelungen der vorläufigen Kostenzusage kann sich nicht berufen werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht entsprechend der AKI-Richtlinie verordnungsfähig sind; entstehende Kosten können den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden. Aufzahlungen dürfen durch das Pflegeheim auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung gemäß § 12 Abs. 4 der Rahmenempfehlungen AKI gemäß § 132l Abs. 1 SGB V bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird und die Verordnungsvoraussetzungen nicht vorliegen.

(3) Zuwiderhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.

§ 5 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.

(3) Das Pflegeheim haftet beim Einsatz von qualifizierten Leiharbeitnehmern, die die fachlichen und persönlichen Anforderungen nach diesem Vertrag erfüllen müssen, für sämtliche Pflichtverletzungen so, als wäre es selbst tätig geworden. Finanzielle

Vertragsmuster

Nachteile, die dem Pflegeheim beim Einsatz von Leiharbeit entstehen, gehen zu Lasten des Pflegeheimes. Entsprechende Mehrkosten können nicht refinanziert werden.

§ 6 Wahlrecht des Versicherten und Beratungen durch die Krankenkasse

(1) Die Versicherten haben die freie Wahl unter den Leistungserbringern am Versorgungsort, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einen Vertrag nach § 132l Abs. 5 SGB V geschlossen haben. Sofern kein entsprechender Vertrag vorliegt, ist eine Versorgung als Sachleistung nicht möglich.

(2) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, An- und Zugehörige, Ärzte und Krankenhäuser, hinsichtlich der Verordnung von Leistungen oder des Versorgungsortes, durch die Vertragspartner, ist unzulässig.

(3) Die Krankenkassen bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage1) beraten Versicherte und ihre An- und Zugehörige, insbesondere über geeignete Versorgungsorte gemäß § 37c Abs. 2 SGB V, an denen AKI im konkreten Versorgungsfall erbracht werden kann.

§ 7 Organisatorische und personelle Voraussetzungen

(1) Das Pflegeheim ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die versorgten Versicherten persönlich erreichbar. Es verfügt über einen eigenständigen Telefonanschluss mit Anrufbeantworter/Mailboxfunktion.

(2) Das Pflegeheim hält folgende Funktionen vor:
- Verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des § 71 Abs. 2 und 3 SGB XI, diese kann in Personalunion auch für weitere Versorgungsbereiche des Pflegeheims zuständig sein
- Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Soweit erforderlich etwaige Fachbereichsleitung/en.
- Für die jeweiligen Kräfte ist im Zusammenhang mit der Übernahme der Leitungsfunktion ein polizeiliches Führungszeugnis vorzulegen, dass zu diesem Zeitpunkt nicht älter als drei Monate ist.

(3) Das Pflegeheim hat die Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. der Unfallkasse nachzuweisen.

(4) Das Pflegeheim hat eine ausreichende Versicherung über eine Betriebs- /Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden vorzuweisen.

Vertragsmuster

(5) Das Pflegeheim hat eigene (in sich geschlossene) Geschäftsräume in Baden-Württemberg vorzuhalten. Dokumentationen und Nachweise, die sich aus der Umsetzung des zugrundeliegenden Vertrages ergeben, sind in den Geschäftsräumen vorzuhalten. Die Geschäftsräume nach Satz 1 stellen zudem die erste Tätigkeitsstätte der verantwortlichen Pflegefachkraft und der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft dar.

(6) Das Pflegeheim hat eine inländische Bankverbindung nachzuweisen.

(7) Das Pflegeheim hat die Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden in Baden-Württemberg anzuzeigen sowie bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) ein eigenes Institutionskennzeichen für den Vertrag nach § 132l Abs. 5 S. 1 Nr. 2 SGB V zu beantragen und den Krankenkassen mitzuteilen.

(8) Das Pflegeheim hat die Regelungen der Abs. 1 bis 6 ständig zu erfüllen.

§ 7a Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft für die intensivpflegerische Versorgung

(1) Die vom Pflegeheim angebotenen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c Abs. 1 SGB V sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen. Dies erfolgt durch die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des § 71 Abs. 2 und 3 SGB XI.

(2) Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für
   a) die Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (u. a. die nationalen Expertenstandards etc.); dabei haben die Inhalte und die Organisation der Leistungen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten,
   b) die Umsetzung des Pflegekonzeptes des Pflegeheimes,
   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 Pflegeheimes,
   g) die fachgerechte Einweisung und Einarbeitung der beteiligten Pflegefachkräfte,
   h) die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der oder des Versicherten.

Vertragsmuster

(3) Das Pflegeheim hält ein fachverantwortliches Leitungsteam vor. Dieses setzt sich zusammen aus der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft. Grundsätzlich sind Teilzeitbeschäftigungen möglich. Hierbei gilt: Umfasst das verantwortliche Leitungsteam zwei Personen sind mindestens 1,5 Vollzeitstellen vorzuhalten, umfasst das fachverantwortliche Leitungsteam mehr als zwei Personen sind in Summe mindestens 1,75 VZK vorzuhalten. Die Funktion der verantwortliche Pflegefachkraft muss in Vollzeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis vorgehalten werden. Eine sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung ist auch möglich, wenn die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft auf zwei Personen aufgeteilt wird. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft muss in dem Fall bei dem das Leitungsteam zwei Personen umfasst mindestens im Stellenumfang von 0,5 VZK vorgehalten werden und für den Fall von mehr als zwei Personen im verantwortlichen Leitungsteam kann der vorzuhaltende Stellenumfang von mindestens 0,75 VZK in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis auf zwei Personen aufgeteilt werden. Die Voraussetzung zur Sozialversicherungspflicht nach den Sätzen 5 und 6 bleibt unberücksichtigt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin/Eigentümer oder Gesellschafterin/Gesellschafter des Pflegeheimes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegefachkraft sich auf das Pflegeheim bezieht. Ausgenommen von den Regelungen in den Sätzen 5 und 6 bezüglich der Sozialversicherungspflicht sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte. Werden aufgrund der Aufbauorganisation des Pflegeheimes weitere, über den Stellenumfang des verantwortlichen Leistungsteams hinausgehende Pflegefachkräfte als Fachbereichsleitung vorgehalten, sind diese nicht dem Leitungsteam zuzurechnen. Die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft können die Rolle der Fachbereichsleitung in Personalunion ausüben. Die Funktion des fachverantwortlichen Leitungsteams orientiert sich am Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse. Der für die Funktion des fachverantwortlichen Leitungsteams als auch die Funktion etwaiger Fachbereichsleitungen nach Abs. 2 freigestellte Stellenumfang (Personalschlüssel) ist in Anlage 2 geregelt.

Für die Wahrnehmung ihrer Tätigkeit haben die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft eine abgeschlossene dreijährige pflegerische Ausbildung und die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung in Deutschland als

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

Nachzuweisen.

Vertragsmuster

(4) Im fachverantwortlichen Leitungsteam sind abweichend von Absatz 3 folgende Anforderungen zusätzlich vorzuhalten:

1. Mindestens 50 % des Stellenumfangs der Mindestausstattung des verantwortlichen Leitungsteams nach Abs. 3 verfügen über eine pflegerische Ausbildung i. S. d. Ziffern a), b) oder d),
2. für die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft die Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen i. S. d. Absatz 5,
3. mindestens 50 % des Stellenumfangs der Mindestausstattung des verantwortlichen Leitungsteams nach Abs. 3 verfügen über eine Zusatzqualifikation[1]
   a. als „Atmungstherapeut/-in mit pflegerischer Ausbildung“,
   b. als „Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Intensivpflege/Anästhesie“ oder
   c. als erfolgreicher Abschluss einer anerkannten Zusatzqualifikation über mindestens 200 Zeitstunden i. S. d. Abs. 6

   und
4. mindestens 50 % des Stellenumfangs der Mindestausstattung des verantwortlichen Leitungsteams nach Abs. 3 verfügen über einschlägige Berufserfahrung in der Intensivpflege (z. B. auf Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen, interdisziplinären Intensivstationen oder in der außerklinischen Intensivversorgung) über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre.

   Die Rahmenfrist von fünf Jahren nach Satz 1 Nr. 4 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.

[1] Qualifizierungen, die vom Umfang und Inhalt mindestens gleichwertig sind, werden anerkannt.

Vertragsmuster

In den Fällen eines kurzfristigen Wegfalls (z. B. fristlose Kündigung etc.) oder längerfristigem Ausfall (z. B. Arbeitsunfähigkeit ab der sechsten Woche o. ä.) einer Pflegefachkraft des fachverantwortlichen Leitungsteams ist deren Funktion durch eine andere qualifizierte Pflegefachkraft mit mindestens abgeschlossener Zusatzqualifikation nach § 7b Abs. 2 zu ersetzen. Die vorübergehende Vertretung muss gegenüber den Krankenkassen angezeigt werden. Die Stelle ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft nachzubesetzen, um die Regelungen dieses Absatzes wieder zu erfüllen; sollte das nicht möglich sein, verständigen sich Pflegeheim und Krankenkassen auf eine geeignete Übergangsregelung. Sollte das fachverantwortliche Leistungsteam nicht mehr in seiner angedachten Zusammensetzung aufgestellt werden können, darf das Pflegeheim zu Beginn des siebten Monats abweichend von § 1 Abs. 1 nur Versicherte mit AKI-Bedarf versorgen, die weder beatmet noch trachealkanüliert sind. Zudem kann die zuständige Krankenkasse bereits durch das Pflegeheim versorgte Versicherte umsteuern.

(5) Entsprechend der Regelungen nach Absatz 4 muss durch die verantwortliche Pflegefachkraft im fachverantwortlichen Leitungsteam, eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, nachgewiesen werden.

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 92 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein. Die Präsenzphasen können gemeinsam vor Ort oder in Form von präsenzäquivalenten Online-Veranstaltungen mit entsprechendem Medieneinsatz, der eine direkte Kommunikation zwischen Dozierenden und Teilnehmenden sicherstellt (synchrones Lernen), stattfinden. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt, wenn dieses die o. g. Punkte curricular umfasst.

Vertragsmuster

(6) Sind die Voraussetzungen nach Abs. 4 Nr. 3c gegeben, muss ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten Zusatzqualifikation über mindestens 200 Zeitstunden (140 Zeitstunden Theorie, mindestens 60 Zeitstunden Praktikum) nachgewiesen werden[2]. Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften, z. B. „Pflegeexperte für außerklinische Intensivpflege" und haben die Besonderheiten für die spezifische Altersgruppe (Erwachsene und Geriatrie) zu berücksichtigen. Die Zusatzqualifikation kann unter den nachfolgend genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen. Die Zusatzqualifikation umfasst einen theoretischen und einen fachpraktischen Teil.

Theoretischer Anteil mit mindestens folgenden Inhalten
(140 Zeitstunden[3] = 186 Unterrichtseinheiten à 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, Erwachsene und Geriatrie), 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, 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.

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

[3] Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt worden sein.

Vertragsmuster

Praktischer Anteil:
Von den mindestens 60 Zeitstunden Praktikum unter fachlicher Anleitung sind mindestens 2/3 der Zeitstunden im Kontext Erwachsene und Geriatrie in einem Weaningzentrum, in einer Einrichtung der intensivmedizinischen Rehabilitation oder einem Zentrum für außerklinische Beatmung oder auf einer internistischen oder interdisziplinären Intensivstation zu absolvieren. Das Praktikum kann nicht auf einer rein operativen 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 Intensivkrankenpflege, Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI)[4]. Im Falle der altersspezifischen Schwerpunktsetzung (Erwachsene und Geriatrie) 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, das die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge bestätigt. Dabei sind die Umfänge im Zertifikat auszuweisen. Das Zertifikat ist den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen. Diese Zusatzqualifikation kann unter den voran genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen.

(7) Die Funktion des fachverantwortlichen Leitungsteams orientiert sich am Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse. Der für die Funktion des fachverantwortlichen Leitungsteams als auch die Funktion etwaiger Fachbereichsleitungen nach Abs. 2 freigestellte Stellenumfang (Personalschlüssel) ist in Anlage 2 geregelt.

[4] Die Rahmenempfehlungspartner der Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Abs.1 SGB V gehen davon aus, dass dieser praktische Teil in Zukunft nur in Einrichtungen absolviert wird, die selbst einen Vertrag nach § 132l Abs. 5 SGB V haben.

Vertragsmuster

§ 7b Qualifikation der Pflegefachkräfte für die intensivpflegerische Versorgung

(1) Die Trägerin stellt sicher, dass die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 1 dieses Vertrages ausschließlich von Personal mit einer abgeschlossenen dreijährigen pflegerischen Ausbildung und der Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung in Deutschland als

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

erbracht wird.

Zudem haben die Pflegefachkräfte eine der folgenden Voraussetzungen bzw. Qualifikationen vorzuweisen:

1. Atmungstherapeut/in oder
2. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder
3. Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder
4. einschlägige Berufserfahrung in der Intensivpflege bei beatmungspflichtigen Erwachsenen mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen, interdisziplinären Intensivstationen oder in der außerklinischen Intensivversorgung).
5. Alternativ zur Berufserfahrung kann ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten und berufsbegleitenden Zusatzqualifikation über mindestens 120 Zeitstunden nachgewiesen werden[5]. Die Inhalte der theoretischen Schulung orientieren sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ und haben die Besonderheiten für die spezifischen Altersgruppe zu berücksichtigen. Voraussetzung gilt auch als erfüllt, wenn die

[5] Erfolgreich absolvierte Zusatzqualifikationen von Pflegefachkräften nach§ 4 Abs. 12 der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V (Stand 28.10.2021) werden als Zusatzqualifikation nach § 7b weiterhin anerkannt.

Vertragsmuster

Maßnahme 18 Monate nach Aufnahme der Tätigkeit erfolgreich abgeschlossen wird (Sollte ein Kurs von mindestens 200-Stunden, der von medizinischen Fachgesellschaften bzw. von pflegerischen Berufsverbänden anerkanntes, strukturiertes, berufsbegleitendes Kursprogramm in der Beatmungspflege beinhaltet, absolviert werden, verlängert sich die Frist auf 24 Monate)

(2) Die Zusatzqualifikation „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung" nach Absatz 1 Nr. 4 umfasst jeweils mindestens folgende Inhalte:

Theoretischer Anteil

(mindestens 80 Zeitstunden[6] = 106 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten):

- pflegefachliche Inhalte (z. B. Atemmasken und Trachealkanülen und deren Applikationen; Tracheostomamanagement inkl. Trachealkanülenmanagement; Methoden der 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, Erwachsene und Geriatrie („Pflegefachkraft für außerklinische 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)

[6] Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 50 % in Präsenzphasen vermittelt worden sein.

Vertragsmuster

Praktischer Anteil
(mindestens 40 Zeitstunden):
Theorie – Praxis - Transfer
Das Praktikum muss mindestens 40 Zeitstunden umfassen. Es kann sowohl in klinischen wie auch in außerklinischen Beatmungspflegeinstitutionen (Wohngemeinschaft/organisierte Wohneinheit, in der häuslichen Beatmungspflege (1:1), in einer stationären Pflegeeinrichtung, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI)[7] 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.

Um 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.

Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, das die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge bestätigt. Dabei sind die Umfänge im Zertifikat auszuweisen. Das Zertifikat ist den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen. Diese Zusatzqualifikation kann unter den voran genannten Bedingungen sowohl vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen.

(3) Für neu eingestellte sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung nach Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a bis e, die nicht über eine Qualifikation nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 2, 3 oder 5 verfügen, hat die Trägerin die Berufserfahrung nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 auf Anforderung entsprechend nachzuweisen. Sofern diese nicht gegeben ist, hat die Trägerin die betreffenden Pflegefachkräfte mit der Aufnahme der intensivpflegerischen Betreuung zur Qualifikation nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 anzumelden und deren Abschluss 18 Monate nach Aufnahme der Tätigkeit als erfolgreich abgeschlossen nachzuweisen. Im Übrigen ist

[7] Die Rahmenempfehlungspartner der Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Abs.1 SGB V gehen davon aus, dass dieser praktische Teil in Zukunft nur in Einrichtungen absolviert wird, die selbst einen Vertrag nach § 132l Abs. 5 SGB V haben.

Vertragsmuster

für diese Pflegefachkräfte ab Tätigkeitsbeginn sicherzustellen, dass diese mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten haben. Sofern für neu eingestellte Pflegefachkräfte die Qualifikation nicht gegeben ist, kann das Pflegeheim diese Pflegefachkräfte unter der Voraussetzung einsetzen, dass in jeder Schicht mindestens 50 % der zur fachpflegerischen Versorgung eingesetzten Pflegefachkräfte die Qualifikationen nach Abs. 1 und 2 erfüllen.

§ 8 Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs

(1) Die Versorgung wird durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten soll nicht mehr als 20 % des eingesetzten Personalstamms in Abhängigkeit der vorzuhaltenden Personalausstattung betragen. Mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen kann im Ausnahmefall für einen begrenzten Zeitraum von der Quote abgewichen werden, soweit und solange dies im Einzelfall zur Sicherstellung der Leistungen nach diesem Vertrag bei Versicherten erforderlich ist. Der Zeitraum und die Abweichung von der Quote sind schriftlich zu vereinbaren. Wurden die Krankenkassen umgehend informiert, kann mit der abweichenden Quote bis zur Klärung versorgt werden.

(2) Eine Beschäftigung der Mitarbeiter über einen geplanten Einsatz von 12 Stunden/ täglich hinaus ist nicht möglich und zudem nicht abrechenbar. Es gelten die Regelungen des § 14 Arbeitszeitgesetzes. Sogenannte außergewöhnliche Fälle i. S. d. Arbeitszeitgesetzes sind den Krankenkassen zu melden, um eine Rechnungskürzung zu vermeiden.

(3) Für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen wird eine spezifische Personalausstattung vereinbart. Sie beinhaltet die grundlegende Vereinbarung nach § 72 SGB XI mit dem Pflegeheim und konkretisiert die Personalausstattung bezüglich der Berufsgruppen Pflege und Betreuung. Die vorzuhaltenden Personalschlüssel sind in Anlage 2 geregelt.

§ 9 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 entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (u. a. die nationalen Expertenstandards etc.) versorgt werden. Die Inhalte und die Organisation der Versorgung haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten. Die nachfolgenden Anforderungen gelten grundsätzlich für alle Versorgungen gemäß § 1 Abs. 1.

Vertragsmuster

(2) Das Pflegeheim führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen (vgl. § 1 Abs. 5) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. Mit dem primären Ziel einer an den Ressourcen ausgerichteten Pflege sowie der größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer Patientenorientierung auch die Perspektiven der weiteren an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.

(3) Das Qualitätsmanagement bezeichnet grundsätzlich die im Pflegeheim organisierten Maßnahmen zur Steuerung der vereinbarten Leistungserbringung und gegebenenfalls deren Verbesserung. Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse, Bewertung, Verbesserung, Beschwerdemanagement) ein und entwickelt diese weiter. Das Pflegeheim 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 im Leistungsbereich der Intensivpflege des Pflegeheims beschrieben und nachvollziehbar sind.

(4) Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des Pflegeheims. Das Pflegeheim stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass alle vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen sind. Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung bestimmt. Die Leitung muss sicherstellen, dass hierfür geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb des Pflegeheims eingeführt werden. Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. Sie müssen den jeweils beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein und umgesetzt werden. Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Versicherten. Das Pflegeheim trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der Versicherten bei. Das Qualitätsmanagement stellt die Aufnahme, Bearbeitung und gegebenenfalls Lösung von Kundenbeschwerden sicher. Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Versorgung Beteiligten einbezogen.

(5) Das Pflegeheim 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).

Vorlage zur Prüfung

(6) Die Versorgung der Versicherten erfolgt auf der Basis der konzeptionellen Grundlagen des Pflegeheims. Der Versorgungsprozess richtet sich nach dem Pflegeprozess und der Dokumentation (vgl. § 10).

(7) Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der außerklinischen Intensivpflege auf die Versicherte oder den Versicherten. Sie 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 (soweit dies möglich ist) 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.

Das Pflegeheim hat dazu beizutragen, dass die Therapieziele und die Ziele medizinisch-pflegerischer Behandlung der außerklinischen Intensivpflege des/der einzelnen Versicherten, 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) Das Pflegeheim 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. Er veranlasst die Anwendung anerkannter Verfahrensstandards (z. B. zum Trachealkanülenmanagement) in der außerklinischen Intensivpflege. Das Pflegeheim soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

Vertragsmuster

(9) Maßnahmen 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.

Das Pflegeheim hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren.

Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet je nach 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.

(10) Alle Pflegefachkräfte müssen über eine entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung anhand eines Einarbeitungsplanes verfügen. Das Pflegeheim ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, durch interne und/oder externe, jährlich stattfindende Fortbildungen zu gewährleisten. Es gelten die Regelungen in Anlage 3; die Maßnahmen sind entsprechend zu dokumentieren.

§ 10 Pflegeprozess/-dokumentation und Leistungsnachweis

Die pflegerische Versorgung der Versicherten erfolgt personenzentriert nach dem Pflegeprozess, einer individuellen Pflegedokumentation und wird auf dem jeweiligen Leistungsnachweis festgehalten. Die Regelungen sind in Anlage 4 festgeschrieben. Der Leistungsnachweis hat die Regelungen nach § 4 Abs. 2 der Anlage 4 zu umfassen.

Vertragsmuster

§ 11 Vergütungsvereinbarung

(1) Die Vergütung der nach § 1 erbrachten Leistungen wird in Anlage 2 zu diesem Vertrag geregelt. Für die Vergütungsfindung gelten die Regelungsinhalte des § 14 der Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Abs.1 SGB V. Die Anlage enthält zusätzliche spezifische personelle Anforderungen an das Pflegeheim. Diese müssen entsprechend eingehalten werden.

(2) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Die Einzelheiten zum Abrechnungsverfahren sind in Anlagen 2 und 5 dieses Vertrages geregelt.

(3) Sollten Rechnungen später als zwölf Monate nach der Leistungserbringung eingereicht werden, ist die Krankenkasse berechtigt, die Zahlung zu verweigern. Nachberechnungen und Korrekturen bereits vorgenommener Abrechnungen sind hiervon nicht umfasst.

§ 12 Nachweisverpflichtungen

(1) Für den Abschluss eines Vertrages hat das Pflegeheim eine Konzeption zusammen mit dem auf Landesebene vereinbarten Strukturerhebungsbogen den Krankenkassen vorzulegen.

(2) In Abhängigkeit von dem zu versorgenden Versichertenklientel hat das Pflegeheim folgende Nachweise zu erbringen:

<u>Bei Abschluss des Vertrages:</u>

- Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 7a
- Qualifikation der Pflegefachkräfte gemäß § 7b
- Nachweis über ausreichend qualifizierte Pflegefachkräfte, um eine 24 Stunden Versorgung pro Tag gewährleisten zu können,
- Nachweis bzgl. der Einhaltung der bei der Daten-Clearing-Stelle (DCS) gemachten Angaben zur Tariftreue i. V. m. den Regelungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI

Der Nachweis darüber erfolgt in geeigneter Form, z. B. durch Urkunde des Examens, Zertifikat der Zusatzqualifikation und Nachweis der Berufserfahrung durch Arbeitszeugnisse und Anerkennungsurkunde bei ausländischen Berufsabschlüssen durch die zuständige deutsche Behörde. Der Verweis auf das Beschäftigtenverzeichnis ist nicht ausreichend.

<u>Während der Laufzeit des Vertrages:</u>

- bei Änderungen die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 7a

Vertragsmuster

- auf Anforderung den Krankenkassen die Qualifikationen der an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte
- auf Anforderung den Nachweis bzgl. der Einhaltung der bei der Daten-Clearing-Stelle (DCS) gemachten Angaben zur Tariftreue i. V. m. den Regelungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI

Der Nachweis darüber erfolgt in geeigneter Form, z. B. durch Urkunde des Examens, Zertifikate der Zusatzqualifikation und Nachweis der Berufserfahrung durch Arbeitszeugnisse und Anerkennungsurkunde bei ausländischen Berufsabschlüssen durch die zuständige deutsche Behörde. Der Verweis auf das Beschäftigtenverzeichnis ist nicht ausreichend.

(3) Das Pflegeheim ist davon unabhängig auf begründete Anforderung im laufenden Vertragsverhältnis verpflichtet, die Erfüllung der Voraussetzungen dieses Vertrags durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

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

(1) Das Pflegeheim 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. Das Pflegeheim 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. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Liegen Hinweise vor, dass der Bedarf auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr vorliegt, informiert das Pflegeheim 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 sowie die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1). Die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen; die Regelungen des § 11 Abs. 4 SGB V gelten entsprechend.

(2) Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert das Pflegeheim 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

Vertragsmuster

den in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder Arzt oder das begleitende Krankenhaus sowie die jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1). Dies ist entsprechend durch das Pflegeheim zu dokumentieren.

(3) Auskünfte und Informationen zwischen den einzelnen Akteuren nach diesem Paragrafen können auch unter Nutzung der telemedizinischen bzw. telepflegerischen Möglichkeiten durchgeführt werden.[8]

§ 14 Anzeige-/Mitteilungspflichten des Pflegeheims

(1) Das Pflegeheim ist verpflichtet, den Krankenkassen alle wesentlichen Änderungen unverzüglich schriftlich mitzuteilen, soweit sie die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages nebst Anlagen und dessen Fortbestand berühren. Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:

- das Eintreten von qualifizierten Pflegefachkräften gemäß § 7a unmittelbar zum jeweiligen Zeitpunkt unter Nachweis folgender Unterlagen anzuzeigen:
    - Name, Vorname, Geburtsdatum
    - Lebenslange Beschäftigtennummer
    - Pflegerische Grundqualifikation + Zusatzqualifikation
    - Stellenumfang (Wochen-Arbeitszeit)
    - Beschäftigungsbeginn

  Es sind entsprechend der Regelungen nach § 7a die Examinierungsurkunde, die Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden und die Nachweise einer Fachweiterbildung vorzulegen. Zudem ist ein aktuelles Führungszeugnis vorzulegen.

- das Eintreten von qualifizierten Pflegefachkräften gemäß § 7b ist wie folgt anzuzeigen:

    - Bzgl. der Neueinstellung von Pflegefachkräften sind fortlaufend bzw. spätestens zum 01.01. und 01.07. eines Jahres eine Übersicht mit nachfolgenden Inhalten einzureichen:
        - Name, Vorname, Geburtsdatum
        - Lebenslange Beschäftigtennummer

[8] Aus dieser Regelung kann kein Finanzierungsanspruch gegenüber den Krankenkassen abgeleitet werden.

Vertragsmuster

- Pflegerische Grundqualifikation + Zusatzqualifikation
- Stellenumfang (Wochen-Arbeitszeit)
- Beschäftigungsbeginn

Als Nachweis reicht die schriftliche Bestätigung durch die PDL aus.

- Bzgl. der ausscheidenden Pflegefachkräften sind fortlaufend bzw. spätestens zum 01.01. und 01.07. eines Jahres eine Übersicht unter Nennung der nachfolgenden Inhalte einzureichen:
  - Name, Vorname, Geburtsdatum
  - Lebenslange Beschäftigtennummer
  - Beschäftigungsende

- Eine Kürzelliste/Handzeichenliste der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter ist mit Vertragsabschluss einzureichen. Die Kürzel von neuen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sind bei Abrechnung der Leistungen an die Abrechnungsunterlagen als Einzelnachweis anzuheften.

- Abweichungen vom vereinbarten Personalschlüssel gem. Anlage 2,
- Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen,
- jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft bzw. bei einem Gesellschafterwechsel/Wechsel der Geschäftsführung sowie der Rechtsform des Pflegeheims,
- der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das Pflegeheim gestellt wurde,
- eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des Pflegeheims, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen und soweit sie dem Pflegeheim bekannt sind,
- strafrechtliche Ermittlungen gegen das Pflegeheim oder dessen Träger/in.

§ 15 Vertragsverstöße

(1) Beachtet das Pflegeheim im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages die ihm obliegenden gesetzlichen Pflichten und/oder die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten nicht ("Verstoß"), sind die Krankenkassen 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 Wiederholungsgefahr besteht,
c. bei schwerwiegendem oder wiederholtem Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 50.000,00 Euro zu verlangen,

Vertragsmuster

d. bei schwerwiegendem oder wiederholtem Verstoß das Pflegeheim für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ganz oder teilweise auszuschließen,
e. bei schwerwiegendem bzw. wiederholtem Verstoß den Vertrag mit dem Pflegeheim zu kündigen; dies kann in Form einer ordentlichen oder, wenn das Festhalten am Vertrag unzumutbar ist, einer fristlosen Kündigung erfolgen.

(2) Ein schwerwiegender Verstoß liegt u. a. vor, wenn:
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 Krankenkassen 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. § 4),
f. Verstoß gegen das Vermittlungsverbot (vgl. § 5),
g. wenn die Versorgung der Versicherten mit Leistungen durch das Pflegeheim nicht (mehr) sichergestellt ist; § 2 Abs. 5 ist zu berücksichtigen.
h. wiederholter Verstoß gegen § 8 Abs. 2 beim geplanten Einsatz von Mitarbeitern über 12 Stunden täglich.
i. bei einer Beendigung einer nicht abgeschlossenen Versorgung durch das Pflegeheim ohne ausreichende Begründung i. S. v. § 2 Abs. 5 und ohne angemessene Übergangszeit von mindestens zwei Wochen, um die Versorgung sicherstellen zu können. Außerordentliche Kündigungen sind von der Regelung nicht umfasst.
j. die bei der Daten-Clearing-Stelle (DCS) gemachten Angaben zur Tariftreue i. V. m. den Regelungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI keine Anwendung finden. Im Falle schwebender Vergütungsverhandlungen wird die Regelung für den Zeitraum der Vergütungsfindung ausgesetzt, um im Falle von tariflich bedingten oder aufgrund der Steigerung im Rahmen des § 82c SGB XI eine Unterfinanzierung zu vermeiden.

(3) Für die Fortbildungsverpflichtung gelten die Regelungen nach § 9 sowie der Anlage 3.

(4) Die Maßnahmen nach Abs. 1 und 3 können unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit auch nebeneinander verhängt werden.

(5) Vertragsmaßnahmen nach Abs. 1 Buchstabe c in Höhe von über 20.000,00 Euro sind insgesamt in drei gleichhohe monatliche Raten aufzuteilen.

(6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 und 3 hat das Pflegeheim der Krankenkasse eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zu erstatten und einen weiteren durch den Verstoß verursachten Schaden zu ersetzen.

Verhandlungsmuster

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Auf Grundlage des § 21 der Bundesrahmenempfehlung nach § 132l Abs. 1 SGB V verständigen sich die Vertragsparteien ggf. auf eine Übergangsregelung.

(2) Soweit zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte am Tag vor dem Inkrafttreten der dem Vertrag zugrundeliegenden Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Abs.1 SGB V bereits als verantwortliche Pflegefachkraft oder Pflegefachkraft eines Leistungserbringers in der außerklinischen Intensivpflege auf Grundlage der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 4 SGB V anerkannt waren, dürfen sie diese Funktion auch weiterhin ausüben (personenbezogener Bestandschutz).

§ 17 Mitwirkung des Pflegeheims bei Prüfungen

(1) Das Pflegeheim gewährt insbesondere zur Prüfung der strukturellen, personellen und qualitativen Voraussetzungen nach diesem Vertrag unter anderem dem Medizinischen Dienst / dem PKV-Prüfdienst den Zutritt. Darüber hinaus gewährt es dem Medizinischen Dienst auch den Zutritt zur Prüfung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf AKI nach § 37c Abs. 2 SGB V.

(2) Das Pflegeheim ist verpflichtet, dem Medizinischen Dienst / dem PKV-Prüfdienst im Rahmen der Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI und § 275b SGB V die Erfüllung der Voraussetzungen nach diesem Vertrag durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. Des Weiteren ist das Pflegeheim gemäß § 275 Abs. 4 SGB V verpflichtet, dem Medizinischen Dienst / dem PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Qualitätssicherung die Erfüllung der Voraussetzungen nach diesem Vertrag durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Grundlage dieses Vertrages ist ein gültiger Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Die Kündigung dieses Vertrages kann nicht unabhängig vom Bestand des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI erfolgen. Wird der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI gekündigt, endet dieser Versorgungsvertrag zum selben Zeitpunkt, ohne dass es einer zusätzlichen Kündigung bedarf.

(2) Dieser Vertrag tritt zum XX.XX.XXXX in Kraft. Mit Inkrafttreten des Vertrags und zugehöriger Anlagen treten alle bisherigen Einzelfallentscheidungen und sonstige Vereinbarungen über die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V auf Grundlage eines Versorgungsvertrages nach § 132a SGB V außer Kraft.

Vertragsmuster

(3) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von zwölf Monaten zum Ende eines Monats in schriftlicher Form gekündigt werden (ordentliche Kündigung), frühestens jedoch nach zweijähriger Laufzeit zum XX.XX.XXXX. Die Kündigung kann von jeder Vertragspartei erfolgen. Bei einer ordentlichen Kündigung, die eine Änderung des Vertrages zum Ziel hat, gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss einer Folgevereinbarung fort.

(4) Sollten gesetzliche Veränderungen, eine Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde oder eine gerichtliche Verfügung einer Vertragspartei die Durchführung der in diesem Vertrag beschriebenen oder vergleichbaren Maßnahmen nicht länger erlauben, steht dem Vertragspartner ein Recht zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages zu. Die Vertragspartner verzichten auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegeneinander wegen etwaiger, durch eine solche Kündigung eintretender Schäden, sofern sie diese nicht verantworten. Davon unberührt bleibt der Vergütungsanspruch des Pflegeheims für von der Krankenkasse genehmigte und von ihm ordnungsgemäß erbrachte Leistungen nach diesem Vertrag.

(5) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei aus wichtigem Grund außerordentlich schriftlich gekündigt werden (außerordentliche Kündigung). Der wichtige Grund ist anzugeben.

(6) Vertragserklärungen sowie Anzeige- und Mitteilungsverpflichtungen des Pflegeheimes sind gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg und den Ersatzkassen vorzunehmen, können aber auch alleinig gegenüber der zulassungsprüfenden AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart ausgesprochen werden.

(7) Das Pflegeheim erklärt die Kündigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg und den Ersatzkassen. Die Krankenkassen erklären die Kündigung gegenüber dem Pflegeheim.

§ 19 Schriftformklausel

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 20 Salvatorische Klausel

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

Vertragsmuster

ORT DES PFLEGEHEIMS, den XX.XX.XXXX

_____	_____
AOK Baden-Württemberg	Trägerin

_____

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

_____

IKK classic

_____

BKK Landesverband Süd,
vertreten durch die IKK classic

_____

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

_____

Knappschaft Regionaldirektion München

Anlagen

Anlage 1	Liste der Kompetenzzentren der Krankenkassen
Anlage 2	Vergütungsvereinbarung
Anlage 3	Fortbildungsverpflichtung
Anlage 4	Pflegeprozess / -dokumentation und Leistungsnachweis
Anlage 5	Datenaustausch

Vertragsmuster