Anlage 4: Vereinbarung Pflegeprozess/-dokumentation und Leistungsnachweis zum 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 -

wird folgende Vereinbarung bzgl. Pflegeprozess/-dokumentation und Leistungsnachweis geschlossen:

Vertragsmuster

§ 1
Ziele und Inhalte der Pflegeprozess/-dokumentation und Leistungsnachweis

(1) Die pflegerische Versorgung der Versicherten erfolgt personenzentriert nach dem Pflegeprozess, der insbesondere die Schritte Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Intervention/Durchführung und Evaluation umfasst. Die Steuerung des Pflegeprozesses ist gemäß § 4 PflBG Aufgabe der geeigneten Pflegefachkraft gemäß § 7b des Versorgungsvertrages. Die Sicht der oder des Versicherten zu ihrer oder seiner Lebens- und Pflegesituation und deren oder dessen Wünsche und Bedarfe zur Hilfe und Unterstützung stellen dabei den Ausgangspunkt dar und werden mit der pflegefachlichen Perspektive abgeglichen. Falls die oder der Versicherte aufgrund ihrer oder seiner körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen treffen kann, sind nach Möglichkeit Angehörige beziehungsweise bevollmächtige Personen hinzuzuziehen. Bezogen auf die Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege und ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege ist der Ausgangspunkt für die Umsetzung des Pflegeprozesses die durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt mit der oder dem Versicherten abgestimmte ärztliche Verordnung bzw. der ärztliche Behandlungs- und Therapieplan.

(2) Der Leistungserbringer verfügt über eine Prozessbeschreibung für die Kommunikation mit verschiedenen Akteuren (z. b. Ärztin oder Arzt, Geräteprovider, ggf. Heilmittelerbringer, Kostenträger) sowie über eine Planung zur Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung durch den Leistungserbringer bei Übernahme eines Versicherten aus der Klinischen Versorgung und setzt diese in Absprache mit den Versicherten und ihren An- und Zugehörigen um. Die Prozessbeschreibung kann beispielsweise auch im Rahmen der Konzeption abgebildet werden.

Vertragsmuster

§ 2
Der Pflegeprozess

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

a. Informationssammlung
Zu Beginn der Versorgung führt das Pflegeheim eine Informationssammlung für jede versorgte Person durch. Dabei sind die relevanten Ressourcen, Fähigkeiten, Risiken, Phänomene, Bedürfnisse, Bedarfe und biografischen Informationen der versorgten Person zu berücksichtigen und Stammdaten zu erheben. Bezogen auf die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sowie weiterer Maßnahmen der Behandlungspflege erfasst das Pflegeheim leistungsbezogene Angaben der ärztlichen Verordnung und erhebt bei Bedarf weitere Informationen, die für die Durchführung dieser Leistungen erforderlich sind. Das Zusammenführen der individuellen Sicht der versorgten Person beziehungsweise der Angehörigen oder sonstiger bevollmächtigter Personen mit der fachlichen Einschätzung der geeigneten Pflegefachkraft gemäß § 7b des Versorgungsvertrages erfordert, nicht nur zu Beginn, sondern fortlaufend, einen Verständigungs- und Aushandlungsprozess. Das Ergebnis dieses Verständigungsprozesses bildet die Grundlage für die Durchführung der Maßnahmen. Abweichende Auffassungen zwischen der fachlichen Einschätzung der geeigneten Pflegefachkraft gemäß § 7b des Versorgungsvertrages und der individuellen Sicht der versorgten Person beziehungsweise der Angehörigen oder sonstiger bevollmächtigter Personen zur pflegerischen Situation sowie zu den vorgeschlagenen Maßnahmen werden dokumentiert. Dieser Aushandlungsprozess wird innerhalb des mit der ärztlichen Verordnung gesetzten Rahmens ausgestaltet.

b. Maßnahmenplanung
Die Maßnahmenplanung basiert auf dem oben beschriebenen Aushandlungsprozess und orientiert sich in der Regel an den relevanten Pflegeproblemen und an der individuell ausgestalteten Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung. Die Maßnahmenplanung umfasst die ausgehandelten individuell erforderlichen Pflegemaßnahmen, Prophylaxen (z. B. zur Vermeidung eines Dekubitus) und berücksichtigt die ärztlich verordneten Maßnahmen der Behandlungspflege; diese sind in der Pflegedokumentation in geeigneter Weise darzulegen. Die Versorgungs-/Leistungsinhalte externe Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Wundtherapeutinnen und Wundtherapeuten) müssen, sofern im Einzelfall erforderlich, im Rahmen der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden. Aus der Situationseinschätzung im Rahmen der Informationssammlung/Risikoeinschätzung und der daraus abgeleiteten Maßnahmenplanung wird deutlich, welches Ziel mit der jeweiligen Maßnahme verfolgt wird.

Vertrags-muster

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

d. Evaluation
Abhängig von der Gesundheitssituation und vom Pflegebedarf erfolgt bei Bedarf und nach pflegefachlicher Einschätzung die Evaluation der Pflegesituation und der Maßnahmenplanung. Bezogen auf die außerklinische Intensivpflege und ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege erfolgt die Anpassung der Maßnahmenplanung in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt. Das Pflegeheim weist die Ärztin oder den Arzt dabei auf einen möglichen Anpassungsbedarf der ärztlichen Verordnung hin.

§ 3
Die Pflegedokumentation

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

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

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen gegebenenfalls temporär oder dauerhaft zu erweitern (z. B. Beatmungsprotokoll, Wunddokumentation, Medikamentenblatt, Krampfprotokoll, Ein- und Ausfuhrprotokolle; Bewegungs-/Lagerungsprotokolle). Für die ärztlich angeordnete Behandlungspflege wird ein gesondertes Dokument geführt.

Vertragsmuster

Messwerte von mit Messungen verbundenen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden im Pflegebericht/Berichtsblatt bzw. in speziellen Formularen festgehalten. Abweichungen der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen von der Maßnahmenplanung einschließlich der für die Abweichung ursächlichen Gründe, Verlaufsbeobachtungen und sonstige für den Pflegeprozess relevante Hinweise und Feststellungen werden im Bericht nachvollziehbar dokumentiert. Die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege ist zu dokumentieren. Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt mindestens zehn Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung; eine digitale Aufbewahrung ist nach Ablauf von drei Jahren in geeigneter Form möglich. Der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt sowie der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt ist im Rahmen des Hausbesuchs die Möglichkeit zu geben, die Pflegedokumentation einzusehen, um diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken zu können. Wenn eine elektronische Pflegedokumentation erfolgt, gelten nachfolgende Grundsätze: Soweit dem Pflegeheim eine Einwilligung der versorgten Person vorliegt, sind allen an der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person beteiligten Personen, insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sowie Betreuungskräften, die für die jeweilige Behandlung erforderlichen Informationen über einen Online-Zugriff mit gesonderten Zugriffsrechten für ihren Bereich zu gewähren. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

(2) Die vertraglich vereinbarten Anforderungen und die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. Fort- und Weiterbildungen) sind jederzeit sicherzustellen. Das Pflegeheim wirkt unter anderem bei der Qualitätsprüfung nach §§ 275b SGB V mit.

§ 4
Der Leistungsnachweis

(1) Die Durchführung der Leistungen ist grundsätzlich von den Versicherten oder einen Vertretungsberechtigten mindestens einmal monatlich durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis zu bestätigen. Erfolgt in Ausnahmefällen die Unterschrift des Versicherten nicht, gibt das Pflegeheim auf dem Leistungsnachweis oder einer Anlage dazu die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für die Versicherten durch das Pflegeheim oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

(2) Der Leistungsnachweis hat die folgenden Inhalte aufzuweisen und umfasst folgende Angaben:
- Monat/Jahr (je Monat einen separaten Leistungsnachweis),
- Stammdaten der/des Versicherten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Aufenthaltsort der/des Versicherten),
- Pflegeheim inkl. IK,
- Angabe des Versorgungszeitraumes,

Vertragsmuster

- Schichten der Leistungserbringung differenziert in Früh-, Spät- und Nachtschicht,
- soweit zutreffend Grund und Dauer der Abwesenheit der/s Versicherten
- Handzeichen oder Beschäftigtennummer der durchführenden Pflegefachkräfte,
- Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft, Unterschrift der oder des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten (einmalig je Leistungsnachweis). Sollte die Unterschrift durch den oder die Versicherte/n bzw. gesetzlichen Vertreter/Bevollmächtigten nicht unverzüglich geleistet werden können, verständigt sich das Pflegeheim mit der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum bzgl. der Abrechnung; eine vorläufige Abrechnung unter Vorbehalt kann ermöglicht werden.

(3) Der Leistungsnachweis ist der Abrechnung im Original beizufügen bzw. finden die Regelungen zum Datenaustausch entsprechend Anlage 5 Anwendung.

§ 5
In-Kraft-Treten und Kündigung der Vereinbarung

(1) Diese Vereinbarung tritt am XX.XX.XXXX in Kraft. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

(2) Sie kann mit einer Frist von sechs Monaten, erstmals zum XX.XX.XXXX schriftlich gekündigt werden.

(3) Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Vereinbarung fort. Eine Kündigung der Vereinbarung berührt die Wirksamkeit des Versorgungsvertrages nicht.

§ 6
Schriftformklausel

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

Vertragsmuster

§ 7
Salvatorische Klausel

Sind oder werden einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam, so berührt dies die Wirksamkeit der weiteren Bestimmungen dieser Vereinbarung Vertrages nicht. Die Vertragsparteien verpflichten sich in diesem Fall, umgehend Verhandlungen zu führen, um eine wirksame Regelung herbeizuführen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am Nächsten kommt.

ORT DES PFLEGHEIMS, 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

Vertragsmuster