**Anlage 5: Datenaustausch 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**

**die Musterpflegeheim Träger GmbH**
**- nachfolgend Trägerin -**

**für**

**das Musterpflegeheim**
**- nachfolgend Pflegeheim -**

wird das folgende Abrechnungsverfahren vereinbart:

Vertragsmuster

## § 1
## Abrechnung und Datenaustausch

(1) Im Zuge der Übermittlung der Abrechnungsdaten im Zuge des Datenaustausches (DTA) wird zwischen dem Pflegeheim und den Krankenkassen folgende Konkretisierung des § 11 Versorgungsvertrages zur Anwendung des DTA im Bereich der außerklinischen Intensivpflege vereinbart.

(2) Das Pflegeheim ist verpflichtet, die von ihm erbrachte Leistung 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). Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen. Soweit die Empfehlungspartner nach § 132l Abs. 1 SGB V Regelungen treffen, die von den Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen, sind diese vorrangig. Regelungen in diesem Sinne sind die Absätze 4, 5, 6, 7 und 8. Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die in der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen getroffenen Regelungen analog Anwendung finden sollen. Für diesen Zweck werden die nachfolgenden Regelungen zur Übermittlung elektronischer Dokumente im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege getroffen und auf die Regelungen der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V ausgelegt.

(3) Die Abrechnung soll mit einem einheitlich durchgängig elektronischen Verfahren erfolgen. Dabei sollen sämtliche Bestandteile der Abrechnung elektronisch an die Krankenkasse übertragen werden. Das Nähere zu den Bestandteilen der Abrechnung ist der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu entnehmen. Dokumente in Papierform sollen vollständig abgelöst werden; eine parallele Nutzung von Papierdokumenten und elektronischen Dokumenten soll nicht erfolgen. Die Umsetzung eines durchgängig elektronischen Prozesses erfolgt mit digitalen Signaturen[1] unter Einbezug der Telematikinfrastruktur (TI).

(4) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind den Krankenkassen neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Papierverfahren sind dann nicht mehr möglich. Das Pflegeheim erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt.

[1] Das digitale Verfahren zur Signatur richtet sich nach der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen.



Vertragsmuster

Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten stellen sich wie folgt dar:

- Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) teilen dem Pflegeheim mit, an welche Stelle die maschinell verwertbaren Daten zu senden sind und welches IK sowie ggf. AC/TK zu verwenden ist.

- Übersendet das Pflegeheim die Daten per E-Mail, sendet die datenannehmende Stelle dem Pflegeheim eine Empfangsbestätigung zu. Hierbei ist die Einhaltung des Datenschutzes sicherzustellen. Mit der Bestätigung ist keine Aussage über die Qualität und die Verwertbarkeit verbunden.

- Die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse informiert das Pflegeheim unverzüglich über technisch fehlerhafte Datensätze in der Prüfstufe "1 bis 3". Liegen Fehler der Prüfstufe „4" vor, in der vertrags-, versicherungs- und leistungsrechtlichen Prüfung, informiert die jeweilige Krankenkasse bzw. die datenannehmende Stelle das Pflegeheim. Die Zahlungsfrist nach Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.

- Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) informiert das Pflegeheim in geeigneter Weise (vorzugweise per E-Mail), wenn es zu Abweichungen zwischen Rechnungsbetrag und Überweisungssumme kommt. Hierbei sind die betroffenen Einzelrechnungen sowie die Gründe der Rechnungskürzung zu nennen.

- Während der Erprobungsphase sendet das Pflegeheim die Abrechnungsdaten in Papierform und in maschinell verwertbarer Form an die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages). Die Papier-Rechnung ist mit dem Zusatz „DA-Test" gekennzeichnet.

- Die Erprobungsphase endet mit der schriftlichen Zertifizierung des Pflegeheimes durch die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages). Grundsätzlich erfolgt die Zertifizierung, wenn das Pflegeheim der datenannehmenden Stelle dreimal hintereinander technisch einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Mit der Zertifizierung entfällt die Zusendung einer Papierrechnung.

(5) Als abrechnungsbegründende Unterlage ist der Abrechnung ein Leistungsnachweis beizufügen. Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend den Regelungen Versorgungsvertrages mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. Die Angaben auf dem Leistungsnachweis erfolgen unmittelbar nach Durchführung. Vordatierungen oder

Vertragsmuster

Globalbestätigungen sind unzulässig. Der Abrechnung ist der unterschriebene Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein digitales Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart haben. Eine Kopie des Leistungsnachweises ist auf Wunsch der oder dem Versicherten auszuhändigen.

(6) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich monatlich. Die Krankenkassen überweisen den Rechnungsbetrag innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der Datensätze. Spätere Rechnungs-berichtigungen bleiben vorbehalten. Bei Zahlungen durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.

(7) Der Leistungsnachweis hat die Inhalte i. S. d.. Anlage 4 zum Versorgungsvertrag zu beinhalten.

(8) Unterlagen, die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z. B. Verordnung/Urbeleg) 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.

(9) 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 entsprechen bzw. nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.

(10) Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 11 Abs. 3 AKI-Richtlinie ein Vergütungsanspruch besteht. 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 jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) 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 Kostenzusage

Vertragsmonster

zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischengeschaltet ist.

(11) Beauftragt das Pflegeheim einen Dienstleister für die Abrechnung, stellt dieser 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.

(12) Überträgt das Pflegeheim die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat das Pflegeheim die jeweils zuständige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Das Pflegeheim ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat das Pflegeheim dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss das Pflegeheim die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) über den Entzug der Vollmacht unverzüglich informieren. Bis zum Zeitpunkt dieser Information bleiben die Krankenkassen berechtigt, mit schuldbefreiender Wirkung an das Abrechnungszentrum zu leisten. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben des Versorgungsvertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch das Pflegeheim auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der jeweils zuständigen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) auf Anforderung vorzulegen.

(13) Das Pflegeheim verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK). Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Krankenkasse, sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen, mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekannten IK.

(14) Auf dem elektronischen Leistungsnachweis muss jede erbrachte und abzurechnende Leistung eindeutig einer oder einem Versicherten und einer oder mehreren Pflegefachkraft[2] bzw. Pflegefachkräften zugeordnet werden können. Bei der Erstellung elektronischer Leistungsnachweise können die jeweiligen

[2] Die Mitarbeiterin und der Mitarbeiter eines Pflegeheimes, die oder der abzurechnende Leistungen durchführt, werden im Folgenden als „Pflegefachkraft“ bezeichnet.



Vertragsmuster

Unterschriften/Handzeichen durch die qualifizierte elektronische Signatur (QES) oder durch ein alternatives Verfahren ersetzt werden. Für die Umsetzung einer QES für Versicherte oder alternative technische Verfahren zur Bestätigung des Leistungserhalts und der QES der Pflegefachkräfte bedarf es bestimmter technischen Rahmenbedingungen, die jedoch derzeit noch nicht zur Verfügung stehen, doch entsprechend der Regelungen in Abs 17 umzusetzen sind. Bis zur Verfügbarkeit von geeigneten Signaturfunktionen für Versicherte oder alternative technische Verfahren (z. B. elektronische Gesundheitskarte) und Pflegefachkräfte (z. B. elektronischer Berufsausweis) wird daher ein alternatives Verfahren (beispielsweise die lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR)), das ebenfalls ohne Medienbrüche umgesetzt werden kann, wie folgt vereinbart:

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

   - Belegnummer[3]
   - Rechnungsnummer (Sammel- oder Einzelrechnungsnummer)[4]
   - bundeseinheitliches Kennzeichen des Pflegeheimes gemäß § 293 SGB V (Institutionskennzeichen),
   - Versichertennummer der leistungsempfangenden Person,
   - Stammdaten der leistungsempfangenden Person,
   - Art und Menge der Leistung,
     - Positionsnummer oder Bezeichnung und Anzahl der Leistungen
   - Monat und Jahr des Abrechnungszeitraums, für den der Leistungsnachweis gilt
   - Tag und Uhrzeit des Beginns und Ende der Leitungserbringung (Einsatz einer Pflegefachkraft in der Häuslichkeit) in Echtzeit; sowie der Angabe der tatsächlichen Leistungsdauer; die Regelung „Beginn- und Endzeitpunkt sowie zur Leistungsdauer“ entfällt, wenn Tagespauschalen vereinbart sind
   - Beschäftigtennummer gemäß § 293 Abs. 8 SGB V der Pflegefachkraft pro Einsatz (sofern mehrere Pflegefachkräfte bei einem Einsatz beteiligt sind, Angabe der Beschäftigtennummern aller beteiligten Pflegefachkräfte (siehe Nr. 5).
   - Name und Version der Software, mit der der elektronische Leistungsnachweis erstellt wurde.

2. Der elektronische Leistungsnachweis wird als digitaler Datensatz erzeugt. Das Nähere dazu ist der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu entnehmen.

3. Die Pflegefachkraft nutzt ein mobiles Endgerät, bei dem eine personalisierte Anmeldung erforderlich ist.

[3] Das Nähere ist der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V zu entnehmen
[4] Siehe Fußnote 3

Vertragsmuster

4. Die elektronische Erfassung der Leistungserbringung durch die Pflegefachkraft erfolgt entweder bei oder unmittelbar nach der Leistungserbringung. Dabei erfolgt eine automatisierte Zuordnung der Beschäftigtennummer der am Mobilgerät angemeldeten Pflegefachkraft zur durchgeführten Einzelleistung.

5. Sofern mehrere Pflegefachkräfte gemeinsam bzw. gleichzeitig eine Einzelleistung durchführen, sind die Beschäftigtennummern aller beteiligten Pflegefachkräfte im Leistungsnachweis zu erfassen. Dabei erfolgt die Erfassung der Beschäftigtennummer für die am Mobilgerät angemeldete Pflegefachkraft gemäß Nr. 4 automatisch. Durch eine entsprechende Funktion ist die Erfassung einer weiteren Beschäftigtennummer durch die Eingabe der Anmeldedaten der weiteren Pflegefachkraft zu ermöglichen. Die erfassten Beschäftigtennummern sind manuell nicht veränderbar.

6. Der Leistungsnachweis wird durch das Pflegeheim erstellt und enthält immer die Beschäftigtennummer der verantwortlichen Pflegefachkraft.

7. Den Versicherten werden die Inhalte des Leistungsnachweises in einer gut lesbaren Form auf dem Mobilgerät dargestellt, um eine Überprüfung der Richtigkeit zu ermöglichen. Die dort angezeigten Leistungen dürfen sich nicht von den Inhalten des Leistungsnachweises (Datensatz nach Nr. 2) unterscheiden.

8. Die Unterschrift der Versicherten wird auf dem Mobilgerät eingeholt und darf an keiner anderen Stelle gespeichert werden als in dem zu unterschreibenden elektronischen Leistungsnachweis (Datensatz nach Nr. 2). Die Unterschrift einer vertretungsberechtigten Person (Bevollmächtigte/r, Betreuer/in etc.) - auch mittels einer „Angehörigen-App" - ist der Unterschrift der Versicherten gleichgestellt. Die jeweilige Unterschrift darf nicht verändert werden und nach dem Einfügen in den Datensatz nicht mehr an anderer Stelle verfügbar sein. Sofern die oder der Versicherte oder die zu ihrer Vertretung berechtigte Person die Unterschrift während des Einsatzes der Pflegefachkraft in der Häuslichkeit nicht erbringen kann, ist es im Einzelfall möglich, dass der vollständige Leistungsnachweis ausgedruckt, der vertretungsberechtigten Person übermittelt und nach Erhalt eingescannt wird.

9. Die Unterzeichnung der oder des Versicherten des elektronischen Leistungsnachweises erfolgt einmal monatlich, jeweils zum Monatsende oder zu Beginn des darauffolgenden Monats. Sofern eine Verordnung im laufenden Monat endet und sich keine Folgeverordnung anschließt, kann die Unterzeichnung des Leistungsnachweises durch die oder den Versicherten nach Abschluss der Leistungserbringung erfolgen.

10. Unmittelbar nachdem der Leistungsnachweis durch die oder den Versicherten unterschrieben wurde, wird diese Unterschrift in den Datensatz nach Nr. 2 eingefügt und dieser elektronisch signiert. Danach darf das unterschriebene Dokument nicht mehr veränderbar sein. Das Nähere hierzu, z. B. die

Vertragsmuster

kryptografischen Verfahren, wird in der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V geregelt.

11. Im Falle erforderlicher nachträglicher Änderungen bzw. Korrekturen am Leistungsnachweis (z. B. bei Fehleintragung), muss der zuvor gemäß Nummer 10 abgeschlossene Leistungsnachweis korrigiert werden. Dabei wird systemseitig eine Kopie des vorherigen Leistungsnachweises erstellt, die Unterschrift der Versicherten darf dabei nicht übernommen werden. Die erfassten Beschäftigtennummern werden ebenfalls übernommen, können jedoch nachträglich nicht korrigiert werden. Der korrigierte Leistungsnachweis, also die vorgenannte Kopie ohne Unterschrift, erhält einen finalen Status, sobald erneut die Unterschrift der Versicherten eingeholt wurde. Im Übrigen gelten die Nummern 8 und 10. Der vorhergehende Leistungsnachweis verliert seine Gültigkeit und ist der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) nicht zu übersenden. Das Nähere zum Korrekturverfahren wird in der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V geregelt.

(15) Die jeweilige Software des Pflegeheimes muss die oben genannten Anforderungen sicherstellen und die Richtlinien und Regelungen i. S. d. § 105 Abs. 2 SGB XI und § 302 Abs. 2 SGB V berücksichtigen.

(16) Die Übermittlung der elektronischen Leistungsnachweise und der Abrechnungsdaten an die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Kompetenzzentrum (Anlage 1 des Versorgungsvertrages) erfolgt unter Nutzung der TI. Das Nähere zur Datenübermittlung wird in der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V festgelegt. Im Falle von seitens eines Pflegeheimes nicht zu vertretenen bzw. nicht beeinflussbaren Störungen der Internetverbindung bzw. der Software oder Computerhardware o. ä. ist eine Übermittlung der Abrechnungsdaten und der elektronischen Leistungsnachweise in Papierform weiterhin möglich[5]. Dies gilt entsprechend auch für Störungen bei den Krankenkassen bzw. ihren Abrechnungsstellen. Die Übermittlung in Papierform darf nicht länger als einen Abrechnungsmonat dauern, anderenfalls ist eine Absprache im Einzelfall erforderlich.

(17) Für die Einführung eines elektronischen Leistungsnachweises sind umfassende vertragliche und technische Voraussetzungen durch Pflegeheim und Krankenkassen zu leisten. Dies bezieht sich insbesondere auf die Anpassung der Richtlinie nach § 302 SGB V. Die Übermittlung des elektronischen Leistungsnachweises über die TI ist abhängig vom Anwendungsbeginn der diesbezüglich angepassten Richtlinien nach § 302 SGB V. Darüber hinaus wird folgende Übergangsregelung vereinbart:

Entsprechend der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen ist für einen Übergangszeitraum bis zum 30.11.2026, als gemeinsam angestrebtes Datum zur Umsetzung, ersatzweise eine

[5] Dies beinhaltet auch die notwendigen Begleitzettel.



Vertragsmuster

papiergebundene Übermittlung rechnungsbegründender Unterlagen in Verbindung mit der elektronischen Übermittlung der Abrechnungsdaten außerhalb der TI gemäß der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V möglich. Im Anschluss daran erfolgt die Abrechnung ausschließlich innerhalb der TI in vollelektronischer Form.

Hinweis:
Die Dokumentationen zu den grundsätzlichen Festlegungen und Richtlinien zur Abwicklung des DA („Sonstige Leistungserbringer") sind im Internet unter folgendem Link abrufbar:
http://www.gkv-datenaustausch.de

## § 2
## Inkrafttreten / Kündigung

(1) Die Vereinbarung zum Abrechnungsverfahren tritt zum XX.XX.XXX in Kraft. Sie wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann erstmals zum XX.XX.XXXX schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden.

(2) Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung zum Abrechnungsverfahren gilt die vereinbarte Vereinbarung weiter. Eine Kündigung der Vereinbarung berührt die Wirksamkeit des Versorgungsvertrages nicht.

## § 3
## 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

## § 4
## Salvatorische Klausel

Sind oder werden einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam, so berührt dies die Wirksamkeit der weiteren Bestimmungen dieser Vereinbarung 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 PFLEGEHEIMES, 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