

**Vertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V
für die Leistungserbringung von Behandlungspflege nach
§ 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in einer vollstationären Pflege-
einrichtung im Sinne des § 43 SGB XI**

zwischen

- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- BKK Landesverband Mitte, Siebstr. 4, 30171 Hannover
- IKK Brandenburg und Berlin
- Knappschaft Regionaldirektion Cottbus
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten

und den Ersatzkassen:

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

– im Folgenden als Krankenkassen bezeichnet –

und

dem Träger

**Musterträger
Musterträgerstraße 1
01234 Musterträgerort**

für die Einrichtung

**Mustereinrichtung
Mustereinrichtungsstraße 1
01234 Mustereinrichtungsort**

Institutionskennzeichen (IK): xxxxxxxxx

– im Folgenden als Leistungserbringer bezeichnet –

§ 1 Allgemeine Grundsätze

- (1) Grundlage für diesen Vertrag bilden der im Land Brandenburg geltende Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege, der mit dem Träger der Pflegeeinrichtung geschlossene Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI sowie die Vergütungsvereinbarung gemäß dem achten Kapitel SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Die dortigen Bestimmungen sind für die Vertragsparteien bindend und werden durch diesen Vertrag ergänzt.
- (2) Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte medizinische Behandlungspflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V zu erbringen.
- (3) Die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sind in den Pflegeprozess einzubeziehen.
- (4) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird innerhalb des Vertrages i. d. R. die männliche Schreibweise verwendet. Diese Form ist geschlechtsunabhängig zu verstehen.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung von Versicherten der Krankenkassen mit Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V in der zugelassenen und spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtung gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung – Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen – besteht gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V nur für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege. Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben Versicherte mit einer kontinuierlichen, 24-stündigen, speziellen Krankenbeobachtung gemäß Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Richtlinien. Dieser Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist versichertenbezogen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu überprüfen.
- (3) Der G-BA hat präzisiert, in welchen Fällen ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege für Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen vorliegt und ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen kann. Danach ist eine Verordnung von Behandlungspflege auch für Versicherte in Pflegeeinrichtungen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
 - die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage der Richtlinie (Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege) am Tag und in der Nacht erforderlich ist.
- (4) Der Versorgungsauftrag des Leistungserbringers aus dem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI bleibt unberührt.

§ 3

Zusammenarbeit/ Kooperation

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag wirkt der Leistungserbringer mit dem Versicherten, dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, der Rehabilitationseinrichtung, anderen an der Versorgung Beteiligten und der jeweils zuständigen Krankenkasse eng zusammen.
- (2) Auf Basis der Krankenbeobachtung informiert der Leistungserbringer umgehend den verordnenden Vertragsarzt und die zuständige Krankenkasse über Veränderungen der Inhalte und des Umfangs der medizinischen Behandlungspflege im Hinblick auf das Behandlungsziel.

§ 4

Antrag auf Leistungen häuslicher Krankenpflege/ Bewilligungsverfahren

- (1) Eine Leistungspflicht nach den Maßgaben dieses Vertrages durch die Krankenkassen besteht für die Gewährung häuslicher Krankenpflege auf der Grundlage des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Art, Inhalt, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkassen zu erbringenden Leistungen werden vom behandelnden Vertragsarzt als Bestandteil seines Behandlungsplanes verordnet.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung über häusliche Krankenpflege (bundeseinheitliches Vordruckmuster 12) beinhaltet den Leistungsantrag des Versicherten. Vor Einreichen der Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse haben der Versicherte bzw. seine bevollmächtigte Angehörigen oder Betreuer und der Leistungserbringer die Rückseite der Verordnung auszufüllen und zu unterschreiben. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung durch den Leistungserbringer sind unzulässig.
- (4) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen mit Pflegebedürfnis nach den Maßgaben dieses Vertrages ist der zuständigen Krankenkasse vor dem Tätigwerden des Leistungserbringers zur Prüfung und Genehmigung sowie ggf. Einschaltung des MDK gemäß § 275 SGB V vorzulegen. Für Versicherte, die sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages bereits in der zugelassenen und spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtung, dem spezialisierten vollstationären Wohnbereich oder der spezialisierten Abteilung befinden, ist die Verordnung nach Vertragsabschluss unverzüglich vorzulegen.
- (5) Die zuständige Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten

Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte vertragsärztliche Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird, ggf. vorab per Fax.

- (6) Die vorläufige Kostenzusage nach Absatz 5 gilt nicht, wenn
- für den Leistungserbringer, mit Bezug auf die nach den Richtlinien verordnungs- und genehmigungsfähigen Leistungen, offensichtlich erkennbar Behandlungspflege nach den Maßgaben dieses Vertrages nicht zu erbringen ist,
 - die Anspruchsvoraussetzungen zur Gewährung der Behandlungspflege nicht – oder nicht mehr – vorliegen und der Antrag auf Kostenübernahme verspätet gestellt wurde; dies schließt bereits abgelehnte Leistungen ein, die ohne Änderung der leistungsrelevanten Rahmenbedingungen für den gleichen Zeitraum erneut beantragt werden.
- (7) Über die Leistungsgewährung nach diesem Vertrag entscheidet die zuständige Krankenkasse umgehend. Wird von der zuständigen Krankenkasse eine Ablehnung der vertragsärztlich verordneten Leistung für erforderlich gehalten, wird diese Entscheidung nur mit Wirkung für die Zukunft erteilt und dem Versicherten sowie dem Leistungserbringer schriftlich bekannt gegeben.
- (8) Werden über den bewilligten Zeitraum hinaus weitere Leistungen nach diesem Vertrag beantragt, hat der Leistungserbringer rechtzeitig, spätestens zehn Werktage vor Ablauf des bewilligten Zeitraumes, eine Verlängerung der Kostenübernahme bei der zuständigen Krankenkasse auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Folgeverordnung zu beantragen.

§ 5 Betriebsausstattung

- (1) Die spezialisierte vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt die gemäß § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die Versorgung der Versicherten notwendige sächliche Ausstattung und Ausstattung mit (Pflege-)Hilfsmitteln zur Gewährleistung der Behandlungspflege nach diesem Vertrag sicher. Die Regelungen des gültigen Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI, des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI sowie der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI zu den Vorgaben zur Betriebsausstattung gelten uneingeschränkt.
- (2) Alle verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen bedarfsgerecht und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.
- (3) Der Anspruch auf individuell erforderliche Hilfsmittel gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V bleibt davon unberührt.

§ 6 Personelle Voraussetzungen/ Fortbildung

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen ausschließlich von bei dem Träger der Pflegeeinrichtung oder beim Kooperationspartner sozialversicherungspflichtig beschäftigten, dreijährig examinierten Pflegefachkräften

- Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen,
- Krankenschwestern/-pflegern,
- Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern/-pflegern,
- Kinderkrankenschwestern/-pflegern,
- Altenpflegerinnen/-pflegern (mit Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder gemäß Gleichstellung)

erbracht werden.

(2) Die Anzahl und Qualifikation der Pflegefachkräfte, die im Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege, in dem Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI oder der Vergütungsvereinbarung gemäß dem achten Kapitel SGB XI in der jeweils gültigen Fassung vereinbart ist, ist für die Vertragsparteien bindend.

(3) Sofern von einer zugelassenen und spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtung Leistungen für beatmete Versicherte erbracht werden, verfügen die Pflegefachkräfte darüber hinaus über eine der nachfolgend benannten Zusatzqualifikationen:

- Atmungstherapeut,
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege,
- Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) über mindestens ein Jahr innerhalb der letzten fünf Jahre.

Alternativ kann die Zusatzqualifikation durch einen strukturierten Kurs zur Beatmungspflege erworben werden. Diese Kurse müssen durch die „Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung“ (DIGAB) anerkannt sein.

Für Pflegefachkräfte, die bei Abschluss dieses Vertrages keine der genannten Zusatzqualifikationen vorweisen können, ist, sofern sie sich nicht in der Probezeit befinden, eine entsprechende Kursanmeldung zur Erlangung der Zusatzqualifikation vorzulegen. Das gilt nicht für die fachliche Leitung.

(4) Eine 24-stündige Pflegefachkraftpräsenz ist sicherzustellen.

(5) Die personellen Voraussetzungen sind einzuhalten (Personalrichtwerte) und ihre Erfüllung den Krankenkassen jederzeit auf Verlangen nachzuweisen.

(6) Eine Unterschreitung der diesem Vertrag zugrunde liegenden Personalvorhaltung ist durch den Leistungserbringer bzw. dessen Träger unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Der Leistungserbringer hat den Personalbestand unverzüglich anzupassen und dies nachzuweisen. Die Krankenkassen setzen hierfür eine angemessene Frist.

(7) Der Leistungserbringer hat zu gewährleisten, dass das eingesetzte Personal nur die Leistungen erbringt, für die es jeweils qualifiziert und in der Lage ist, die Leistungen nach Art und Umfang zu erbringen.

- (8) Darüber hinaus ist der Leistungserbringer verpflichtet, die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie der für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag eingesetzten Pflegefachkräfte durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen, zu dokumentieren und diese bei Prüfungen der Qualität sowie auf Verlangen der Krankenkassen jederzeit nachzuweisen.
- (9) Fortbildungen sind prospektiv zu planen. Sie sind regelmäßig, jeweils auf ein Kalenderjahr bezogen, durchzuführen. Art, Inhalt und Umfang der einzelnen durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Der individuelle Teilnahmeachweis beinhaltet mindestens folgende Angaben: Thema der Fortbildung, Zeitpunkt und Dauer sowie Name des Teilnehmers.
- (10) Schwerpunkte der Fortbildungen sind insbesondere:
- die aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und die aktuell gültigen Expertenstandards,
 - die hygienischen Anforderungen in der vollstationären Pflegeeinrichtung auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes und deren Umsetzung,
 - die Einweisung in die Bedienung/ Anwendung der in der vollstationären Pflegeeinrichtung zum Einsatz kommenden Medizinprodukte auf der Grundlage des Medizinproduktegesetzes,
 - die aktuellen Erkenntnisse in der Beatmungs- und Intensivpflege mit Vermittlung von Kenntnissen z.B. über
 - die zur Beatmungspflichtigkeit bzw. Intensiv-Pflegebedürftigkeit führenden Erkrankungen,
 - die Indikation und Durchführung der einzusetzenden Monitorsysteme sowie Interpretation der Ergebnisse,
 - das Sekretmanagement,
 - das Erkennen von Notfallsituationen und Durchführen von Notfallmaßnahmen,
 - die Verfahren der künstlichen Ernährung inkl. deren Risiken sowie das Erkennen von Schluckstörungen und Aspirationen,
 - die rechtlichen Komponenten (Patientenverfügung, Medizinproduktegesetz, DIN-Normen),
 - die speziellen Anforderungen der psychosozialen Betreuung bei langzeitbeatmeten bzw. intensivpflegebedürftigen Patienten.

Zusätzlich zu diesen Schwerpunkten der Fortbildung sind Pflegefachkräfte, die Leistungen für beatmete Versicherte erbringen, insbesondere zu folgenden Themen fortzubilden:

- dem Gasaustausch,
- den verschiedenen Beatmungsformen,
- den Beatmungszugängen,
- der Atemgasklimatisierung,
- der Applikation von Sauerstoff.

- (11) Die internen und/ oder externen Fortbildungsmaßnahmen haben für die verantwortliche Pflegefachkraft sowie die weiteren Pflegefachkräfte einen Mindestumfang von je 20 Stunden/Kalenderjahr (Ausnahmen sind mit den beteiligten Krankenkassen abzustimmen). Dies gilt auch für Teilzeitkräfte. Sind Mitarbeiter im laufenden Kalenderjahr eingestellt worden oder ausgeschieden, reduziert sich der Mindestumfang im Verhältnis zur tatsächlichen Beschäftigungsdauer im jeweiligen Kalenderjahr.
- (12) Kann der Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig erbracht werden, sind die Krankenkassen berechtigt, die an den Leistungserbringer zu zahlende Vergütung nach diesem Vertrag um fünf von Hundert zu kürzen. Die Vergütungskürzung beginnt mit dem auf die schriftliche Feststellung des Versäumnisses folgenden Kalendermonat und endet mit Ablauf des Monats, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Innerhalb einer Frist von drei Monaten ist die fehlende Fortbildung vollumfänglich durchzuführen und nachzuweisen, anderenfalls wird das Vertragsverhältnis außerordentlich gekündigt. Das Nachholen der Fortbildungsmaßnahmen ist nicht anrechnungsfähig auf die kalenderjährliche Durchführungsverpflichtung pro Mitarbeiter.
- (13) Die Vergütungskürzung aus Abs. 12 darf weder zu einer Leistungseinschränkung für den Versicherten führen noch dem Versicherten oder einem anderen Kostenträger in Rechnung gestellt werden.

§ 7 Fachliche Leitung

- (1) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind unter Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft durchzuführen. Sie bzw. die in ihrem Auftrag tätige Wohnbereichsleitung verfügt zusätzlich zu ihrer dreijährigen Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in über die in dem Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege, in dem Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI oder der Vergütungsvereinbarung gemäß dem achten Kapitel SGB XI in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Zusatzqualifikationen für Leitungskräfte.
- (2) Sie ist verantwortlich für die Durchführung der besonderen Behandlungspflegemaßnahmen und der in diesem Zusammenhang erforderlichen
- fachlichen Leitung und Beaufsichtigung der Pflegeprozesse,
 - fachgerechten Führung der Pflegedokumentation,
 - individuellen bedarfsorientierten und qualifikationsgerechten Einsatzplanung und Einsatzorganisation der Pflegefachkräfte sowie der
 - fachlichen Leitung der Dienstbesprechungen.
- (3) Sofern von einer zugelassenen und spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtung, einem spezialisierten vollstationären Wohnbereich oder einer spezialisierten Abteilung Leistungen für beatmete Versicherte erbracht werden, verfügt die Pflegefachkraft, die die fachliche Leitung ausübt, über eine der nachfolgend benannten Zusatzqualifikationen:
- Atmungstherapeut,
 - Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege,
 - Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Inter-mediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) über mindestens drei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre.

Alternativ kann die Zusatzqualifikation durch einen strukturierten Kurs zur Beatmungspflege erworben werden. Diese Kurse müssen durch die DIGAB anerkannt sein.

§ 8 Dokumentation der Leistungen

- (1) Die Dokumentation der Behandlungspflege ist entsprechend dem Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur vollstationären Pflege vorzuhalten. Geeignete Zusatzelemente, wie z. B. Beatmungsprotokolle, sind einzusetzen. Dem Vertragsarzt, Notarzt, MDK sowie – mit Einwilligung des Versicherten/Bevollmächtigten – der zuständigen Krankenkasse ist die Einsichtnahme jederzeit zu ermöglichen.
- (2) Aus der Dokumentation muss jederzeit das Leistungsgeschehen und der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein. Der Nachweis der erbrachten Leistungen dieses Vertrages ist unter Angabe von Datum und Uhrzeit zu gewährleisten, inklusive Unterschrift der jeweils eingesetzten Pflegefachkräfte. Bei Verwendung von Namenskürzeln ist ein regelmäßig zu aktualisierendes Namensverzeichnis beim Leistungserbringer zu führen.
- (3) Eigenständige Änderungen in der Durchführung der Behandlungspflege durch den Leistungserbringer ohne Information/Absprache mit dem behandelnden Vertragsarzt oder dessen Vertreter sind nicht zulässig. Sollten Änderungen aus krankenpflegerischer Notwendigkeit oder auf Veranlassung des Versicherten erfolgen, sind diese in der Dokumentation zu vermerken.
- (4) In begründeten Einzelfällen sind die Aufzeichnungen in den Teilen, die den Pflegeverlauf dokumentieren (insbesondere Pflegeplanung) und die Leistungserbringung widerspiegeln (insbesondere Pflegebericht/Tätigkeitsnachweis/Namensverzeichnis) auf Anforderung in Kopie mit Zustimmung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.
- (5) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt drei Jahre, soweit nicht aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen eine weitergehende Aufbewahrungsfrist vorgesehen ist. Die Frist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 9 Prüfverfahren

Die Krankenkassen sind berechtigt, die Erfüllung sämtlicher vertraglicher Regelungen zu prüfen, ggf. unter Hinzuziehung des MDK. Die Prüfungen erfolgen i. d. R. analog und in Verbindung mit Prüfungen gemäß § 114 SGB XI.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den für die Prüfung Berechtigten Zugang zu den Geschäftsräumen zu gewähren, die für die Prüfung relevanten Auskünfte zu erteilen und notwendigen Unterlagen/ Nachweise vorzulegen.

Grundlagen der Prüfung bilden insbesondere:

- a) Übersicht aller eingesetzten Beschäftigten - einschließlich geringfügig Beschäftigter und Aushilfen - grundsätzlich für die zurückliegenden 12 Kalendermonate, Qualifikationsnachweise, Arbeitsverträge, ggf. Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfangs (Arbeitszeit), Beschäftigungsart, Funktion, Beginn der Beschäftigung sowie Namensverzeichnis mit Namenskürzel der Beschäftigten,

- b) fallbezogene Pflegedokumentationen mit Einverständnis des Versicherten
- c) Einsicht und Erläuterung der tagesaktuellen Mitarbeiterereinsatzpläne, für die zurückliegende Zeit sowie künftigen sieben Kalendertage,
- d) Nachweise über Teilnahmen der Beschäftigten an berufsbezogenen Fortbildungsveranstaltungen.

Der Leistungserbringer erhält grundsätzlich innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss der Prüfung und nach Auswertung durch die zuständige Krankenkasse schriftlich Kenntnis von dem Prüfungsergebnis.

Sind im Ergebnis der Prüfung Vertragsverstöße des Leistungserbringers festgestellt worden, so ist eine Anhörung des Leistungserbringers durchzuführen und geeignete Maßnahmen durch die zuständige Krankenkasse zu ergreifen.

§ 10

Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot

Vertragsärzte dürfen nicht aus eigenwirtschaftlichen oder anderen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflusst werden. Die Annahme von Pflegeaufträgen oder Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig.

§ 11

Vergütung

Die Vergütung wird in der Anlage 1 geregelt.

§ 12

Abrechnungsverfahren

- (1) Der Leistungserbringer darf nur die von der zuständigen Krankenkasse genehmigten und von ihm erbrachten und dokumentierten Leistungen abrechnen. Die Rechnungslegung erfolgt je Versicherten grundsätzlich monatlich einmal bzw. zum Ende eines Bewilligungszeitraumes.
- (2) Der Erhalt der Leistungen ist vom Versicherten, ggf. bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuer, auf dem Leistungsnachweis (Anlage 3) mit seiner Unterschrift und Datum zu bestätigen. Auch der Leistungserbringer hat auf dem Leistungsnachweis mit seiner Unterschrift zu bestätigen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen nach Art und Häufigkeit erbracht worden sind. In zu begründenden Ausnahmefällen kann die Pflegedienstleitung des Leistungserbringers den Leistungsnachweis mit ihrer Unterschrift bestätigen. Der Leistungsnachweis ist im Original der Rechnung beizufügen. Globalbestätigungen über den Empfang von Leistungen sind unzulässig.
- (3) Für die Abrechnung sind der zuständigen Krankenkasse die folgenden Abrechnungsdaten je Abrechnungsbeleg zu übermitteln:

- Name, Anschrift, Telefonnummer und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
 - Rechnungsnummer,
 - Krankenversichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum des Versicherten,
 - Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
 - abzurechnender Leistungszeitraum, (tatsächliche Anwesenheitstage im Leistungszeitraum)
 - Leistungsbestätigung des Leistungserbringers sowie des Versicherten, ggf. bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuers.
- (4) Rechnungen, die den vorgenannten Anforderungen nicht entsprechen, können unter Angabe des Grundes von der zuständigen Krankenkasse zur Berichtigung an den Leistungserbringer zurückgegeben werden.
- (5) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass die zuständige Krankenkasse rechtzeitig vor Inkrafttreten der Regelung durch den Leistungserbringer informiert wird und eine Ermächtigungserklärung (Anlage 2) vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle erfolgen mit befreiender Wirkung für die zuständige Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht. Die befreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- (6) Entsteht der zuständigen Krankenkasse durch die Abrechnung über die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle ein Schaden, so haftet der Leistungserbringer gesamtschuldnerisch. Im Übrigen gilt § 278 BGB. Forderungen der zuständigen Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können gegenüber dem Leistungserbringer oder der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der zuständigen Krankenkasse mitgeteilten Ende der Ermächtigung keine diesen Zeitpunkt überschreitenden Abrechnungen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle gegenüber der zuständigen Krankenkasse erfolgen. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus.
- (8) Für die ordnungsgemäße Rechnungslegung bleibt der Leistungserbringer verantwortlich, auch wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wurde.
- (9) Die zuständige Krankenkasse begleicht die Rechnungen grundsätzlich innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang unter Angabe der Rechnungsnummer und des Rechnungsdatums. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (10) Rechnungsbeanstandungen muss die zuständige Krankenkasse innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erheben. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (11) Für die Abrechnung sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (Datenträgeraustausch) in der jeweils aktuellen Fassung anzuwenden.

§ 13 Datenschutz/Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten - SGB X, Zweites Kapitel) sicherzustellen. Hinsichtlich des Versicherten und seines Umfeldes unterliegen die Vertragspartner der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse, dem Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (2) Der Leistungserbringer sowie die dort Beschäftigten sind verpflichtet, die Bestimmungen des Datenschutzes auch über das Ende des Vertrags-/Beschäftigungsverhältnisses hinaus zu beachten, insbesondere die ihm/ ihnen im Rahmen der Durchführung seiner/ ihrer Aufgaben bekannt werdenden personenbezogenen Daten geheim zu halten. Entsprechende schriftliche Erklärungen hat der Träger von den Beschäftigten abzuverlangen.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85 a SGB X bleiben unberührt.

§ 14 Schiedsperson

- (1) Gemäß § 132 a Abs. 2 Sätze 6 - 8 SGB V hat im Falle von Nichteinigung eine von den betroffenen Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt/ die Vergütung festzulegen.
- (2) Die Einleitung des Schiedsverfahrens setzt voraus, dass nach intensiven Verhandlungen von einem der Vertragspartner schriftlich das Scheitern der Verhandlungen erklärt wurde. Gegenstand des Verfahrens ist die Festsetzung konkreter, maßgeblicher Vertragsinhalte; hiervon ausgenommen ist die Auslegung bestehender Vertragsregelungen.
- (3) Die Vertragspartner bestimmen einvernehmlich pro Verfahren eine Schiedsperson. Die Schiedsperson soll die Befähigung zum Richteramt haben. Jeder Vertragspartner hat ein Vorschlagsrecht. Kommt eine Einigung über die Schiedsperson innerhalb von acht Wochen nicht zustande, wird diese von den zuständigen Aufsichtsbehörden der jeweiligen Krankenkassen bestimmt.
- (4) Die Vertragspartei, die das Scheitern erklärt hat, muss innerhalb einer Frist von einem Monat nach der Erklärung des Scheiterns einen schriftlichen, dezidiert begründeten Antrag auf Entscheidung bei der Schiedsperson stellen. Die andere Vertragspartei erhält den Antrag zeitgleich und hat innerhalb einer Frist von einem Monat nach Übermittlung Gelegenheit, die Sach- und Rechtslage aus ihrer Sicht ebenfalls schriftlich darzustellen und der Schiedsperson sowie der antragstellenden Vertragspartei zuzuleiten. Die Schiedsperson ist berechtigt, weitere Informationen von den Vertragsparteien anzufordern, sachverständige Personen zu befragen und die Vertragsparteien mündlich anzuhören.
- (5) Für die Zeit vom Ablauf des bestehenden Vertrages/ der Vergütung bis zur Entscheidung der Schiedsperson über den Beginn der neuen Festsetzung gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Entscheidung der Schiedsperson ist den Vertragsparteien schriftlich begründet zur Kenntnis zu geben und wirkt wie ein Vertrag. Sie tritt nach ihrer Bekanntgabe mit Wirkung für die Zukunft in Kraft. Gegen die Entscheidung der Schiedsperson ist

innerhalb eines Monats Klage vor dem Sozialgericht möglich. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

- (6) Die Schiedsperson erhält einen Ausgleich für Reisekosten, Verdienstaufschlag und sonstige Auslagen. Daneben erhält die Schiedsperson in Abhängigkeit des für die Entscheidung notwendigen Aufwandes eine Pauschale bis maximal 2000 €. Die Vertragsparteien sind jeweils zur Hälfte kostentragungspflichtig.

§ 15

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Besteht aufgrund von Hinweisen und Indizien der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Leistungserbringer grundsätzlich schriftlich anzuhören. Der Leistungserbringer hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 21 Tagen nach Erhalt des Schreibens Folge zu leisten. Entscheidend für den Stichtag ist der Eingang der Antwort. Nach Ablauf der Frist besteht für die Krankenkassen das Recht zur Kündigung dieses Vertrages mit sofortiger Wirkung. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Gefährdung der Gesundheit der Versicherten, ohne Anhörung bleibt unberührt.
- (2) Bei nachgewiesenen Vertragsverstößen des Leistungserbringers entscheiden die Krankenkassen unter Berücksichtigung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit über geeignete Maßnahmen (z. B. Abmahnung oder Kündigung). Die Entscheidung wird dem Leistungserbringer durch die Krankenkassen schriftlich mitgeteilt.
- (3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 2 ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.
- (4) Bestätigt sich der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag nicht, erhält der Leistungserbringer eine entsprechende schriftliche Bestätigung.

§ 16

Außerordentliche Kündigung

- (1) Das Vertragsverhältnis kann – nach grundsätzlich durchgeführtem Anhörungsverfahren – von den Krankenkassen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder den Krankenkassen derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nicht zumutbar ist. Eine Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt vor bei:
 - a. Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten,
 - b. Leistungserbringung durch fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter,
 - c. schwerwiegenden, durch den MDK festgestellten, pflegebedingten Qualitätsmängeln, derentwegen Versicherte zu Schaden kommen können,
 - d. wiederholt festgestellten erheblichen Mängeln im Rahmen von Qualitätsprüfungen,

- e. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - f. Abrechnung nicht genehmigter oder nicht dokumentierter Leistungen im Wiederholungsfall,
 - g. Nichterfüllung der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen innerhalb der Nachfrist,
 - h. Forderung bzw. Annahme von vertraglich nicht zulässigen Zuzahlungen zu Vertragsleistungen,
 - i. Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile,
 - j. Vertragsverstößen im Wiederholungsfall,
 - k. Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht oder
 - l. schwerem Verstoß gegen den Datenschutz.
- (2) Ein Festhalten an diesem Vertrag ist auch dann für die Krankenkassen nicht zumutbar, wenn der Leistungserbringer oder dessen Träger die Krankenkassen durch bewusste Falschangaben oder andere Manipulationen getäuscht hat.
- (3) Die Kündigung bedarf der Schriftform unter Angabe von Gründen.

§ 17

Sicherstellungsverpflichtung des Leistungserbringers bei Beendigung/ Kündigung dieses Vertrages

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, vor Einstellung seiner Leistungserbringung die zuständige Krankenkasse rechtzeitig (unmittelbar nach Kenntnis der Gründe) schriftlich zu informieren.
- (2) Dem Leistungserbringer obliegt dann – nach Absprache mit der zuständigen Krankenkasse – die Verpflichtung zur Überleitung der weiteren behandlungspflegerischen Versorgung der Versicherten an andere Leistungserbringer. Dies gilt auch bei außerordentlicher Kündigung des Vertragsverhältnisses durch die zuständige Krankenkassen.
- (3) Der zuständigen Krankenkasse sind die Versicherten zu benennen, die bereits unter Beachtung der Wahlfreiheit der Versicherten an andere Leistungserbringer übergeleitet wurden bzw. noch werden.

§ 18

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden oder enthält der Vertrag eine Regelungslücke, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige vertragliche Änderungen.

**§ 19
Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am **xx.xx.20xx** in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende, frühestens nach einem Jahr, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Das Vertragsverhältnis der anderen Vertragsparteien bleibt davon unberührt. Der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI bleibt ebenfalls unberührt. Der Vertrag endet auch mit Beendigung oder Kündigung des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

Ort, xx.xx.20xx

Träger der Pflegeeinrichtung

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg**

**BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg**

...

IKK Brandenburg und Berlin

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 1

zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Leistungserbringung von Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 43 SGB XI vom xx.xx.xxxx

Vergütungsvereinbarung für tracheotomierte Bewohner und nicht tracheotomierte absaugpflichtige Bewohner ohne Beatmung sowie für Bewohner mit invasiver Beatmung nicht invasiver Beatmung mit ständiger Interventionsbereitschaft gemäß § 2 Abs. 3 dieses Vertrages

(1) Vergütet werden nur die bewilligten und erbrachten Leistungen. Im Falle der Abwesenheiten der Versicherten, z. B. bei Krankenhausbehandlung und stationärer Rehabilitation besteht kein Anspruch auf Vergütung der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

Es wird jeweils nur der Tag der Aufnahme/ der Wiederaufnahme in die Pflegeeinrichtung vergütet.

(2) Für Leistungen nach dieser Anlage wird ein Betrag in Höhe von **xx,xx €** je Versicherten/ Kalendertag vereinbart.

(3) Sofern der Mehraufwand für Leistungen nach diesem Vertrag bereits in der Vergütung nach § 85 SGB XI berücksichtigt ist, ist diese um die Zahlungen aus diesem Vertrag zu mindern.

(4) Die Rechnungslegung erfolgt getrennt nach SGB XI und SGB V.

(5) Diese Vergütungsvereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende, frühestens zum xx.xx.20xx (frühestens nach einem Jahr), schriftlich gekündigt werden. Nach Ablauf dieses Zeitraumes gilt die Vereinbarung bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter.

Anlage 2 – Ermächtigungserklärung

zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Leistungserbringung von Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 43 SGB XI vom xx.xx.xxxx

Ermächtigungserklärung gemäß § 12 Abs. 7 des Vertrages

Leistungserbringer:

Name: _____

Inhaber: _____

Anschrift: _____

Postleitzahl: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass ich/wir die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle

Firma: _____

Anschrift: _____

Postleitzahl: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Institutionskennzeichen (IK): _____

Bankverbindung

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

vom _____ an ermächtige/n, sämtliche von mir/uns nach den Bestimmungen dieses Vertrages für Versicherte der Krankenkassen erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege mit schuldbefreiender Wirkung mit den Krankenkassen abzurechnen.

Berlin, den _____

Stempel und Unterschrift(en)
des Leistungserbringers

Anlage 3 – Leistungsnachweis

zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Leistungserbringung von Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 43 SGB XI vom xx.xx.xxxx

Abrechnungszeitraum: MM.JJJJ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Ich bestätige, die Leistungen an den genannten Tagen empfangen zu haben.

Datum, Unterschrift des Versicherten/ seines bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuers

Es wird bestätigt, dass die Leistungen an den genannten Tagen erbracht wurden.

Datum, Unterschrift des Leistungserbringers