

Vertrag

über die ambulante palliativpflegerische Versorgung nach § 132 a Abs. 2 SGB V

Zwischen

, ,

- nachfolgend Träger genannt -

als Träger der

, ,

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

- **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse**
- **BKK Landesverband NORDWEST**
- **IKK classic**
- **Knappschaft**
- **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**

und

den **Ersatzkassen**

- **BARMER**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- **Handelkrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

wird folgender Vertrag geschlossen:

Inhaltsverzeichnis:

	Seitenzahl
Präambel	Seite 4
§ 1 Gegenstand des Vertrages	Seite 4
§ 2 Geltungsbereich	Seite 4
§ 3 Organisatorische Voraussetzungen	Seite 4
§ 4 Personelle Voraussetzungen	Seite 5
§ 5 Nachweis der personellen und organisatorischen Voraussetzungen	Seite 7
§ 6 Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten	Seite 9
§ 7 - Kooperation - Sicherstellung der Ehrenamtlichen	Seite 10
§ 8 Inhalt der Leistungen	Seite 10
§ 9 Materialien und Geräte	Seite 10
§ 10 Grundsätze der Leistungserbringung	Seite 11
§ 11 Qualitätssicherung	Seite 12
§ 12 Pflegeleitbild	Seite 12
§ 13 Pflegekonzept	Seite 13
§ 14 Stellenbeschreibungen/Einarbeitungskonzept	Seite 14
§ 15 Fort- und Weiterbildung	Seite 14
§ 16 Dienst-/Einsatzplankonzept	Seite 15
§ 17 Pflegeprozess	Seite 15
§ 18 Pflegedokumentation	Seite 15
§ 19 Leistungsnachweis	Seite 17
§ 20 Personenkreis	Seite 18

§ 21	Abgabe der Leistungen/Kostenübernahme/ Vergütungsanspruch	Seite 19
§ 22	Vergütung	Seite 20
§ 23	Abrechnung gemäß § 302 SGB V	Seite 21
§ 23a	Abrechnung vor Umsetzung des § 302 SGB V	Seite 23
§ 24	Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen	Seite 24
§ 25	Zahlungsfrist/Beanstandung	Seite 25
§ 26	Ausschlussfrist	Seite 25
§ 27	Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot	Seite 26
§ 28	Datenschutz/Schweigepflicht/geschäftsmäßige Rechtsberatung	Seite 26
§ 29	Pflegevertrag	Seite 26
§ 30	Zahlung bei Feststellung von Qualitätsmängeln	Seite 27
§ 31	Maßnahmen bei Gesetzes- bzw. Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens	Seite 27
§ 32	Außerordentliche Kündigung	Seite 28
§ 33	Auswertung	Seite 29
§ 34	Schiedsperson	Seite 30
§ 35	Beendigung des Vertrages	Seite 30
§ 36	In-Kraft-Treten, Kündigung	Seite 31
§ 37	Änderungen und Ergänzungen	Seite 31
§ 38	Salvatorische Klausel	Seite 31

Anlagen:

- 1 Strukturhebungsbogen (§ 5 Abs. 1 Buchstabe a)
- 2 Nachweis/Handzeichenliste der zzt. beschäftigten Mitarbeiter (§ 5 Abs. 1 Buchstabe b)
- 2a Nachweis/Handzeichenliste der Ehrenamtlichen (§ 5 Abs. 1 Buchstabe m)
- 3 Inhalt der Leistungen (§ 8)
- 4 Qualitätssicherung (§§ 11 ff.)
- 5 Leistungsnachweis (§ 19)
- 6 Vergütungsvereinbarung (§ 22)
- 7 Auswertungsbögen (§ 33)

Präambel

Das Ziel der ambulanten Palliativversorgung ist, Sterbenden (§ 20) zu ermöglichen, die letzte Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu verbringen. Hiermit soll dem sterbenden Menschen ein würdevolles und selbst bestimmtes Leben bis zum Ende ermöglicht werden. Basis dieses Vertrages sind die im Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 aufgestellten Grundsätze und Maßstäbe für die ambulante Palliativversorgung. Dieser Vertrag soll die Grundlage für eine kooperative und integrative sowie palliativpflegerische Versorgung für den ambulanten Bereich im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung sein. Um dies zu erreichen, sind alle Beteiligten bereit, eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenzuarbeiten.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die Erbringung der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung für Versicherte sowie die Abrechnung und die Vergütung dieser Leistungen.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) Dieser Vertrag gilt für den Träger und dem von ihm nachfolgend genannten Leistungserbringer mit folgender Adresse:

Name:
Straße: Ort:
- 2) Dieser Vertrag gilt für die vertragsschließenden Krankenkassen sowie die Betriebskrankenkassen, die sich mit diesem Vertrag gegenüber dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in NRW einverstanden erklären.

§ 3 Organisatorische Voraussetzungen

- 1) Der Leistungserbringer hat durch geeignete organisatorische Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sachlicher Mittel für die Dauer dieses Vertrages sicherzustellen, dass die von ihm betriebene Pflegeeinrichtung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche palliativpflegerische Versorgung bietet. Hierzu gehört insbesondere, dass die Pflegeeinrichtung
 - a) die von diesem Vertrag erfassten Leistungen umfassend erbringt,
 - b) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft steht, die die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 und 3 erfüllt,

- c) eine qualitativ ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung bei den von ihr betreuten Patienten gewährleistet,
 - d) eine kontinuierliche palliativpflegerische Versorgung der Versicherten mit einer kalendertäglichen „rund um die Uhr“-Versorgung durch Pflegefachkräfte (§ 4 Abs. 1) sicherstellt
 - e) die Ehrenamtlichen entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages einbindet,
 - f) mit einer qualifizierten Palliativärztin oder einem qualifizierten Palliativarzt (QPA) - entsprechend den Vorgaben des Rahmenprogramms zur flächendeckenden Versorgung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 - zusammenarbeitet, *)
 - g) mit dem behandelnden Hausarzt bzw. Facharzt, der hausärztliche Funktionen übernimmt, zusammenarbeitet,
 - h) mit sonstigen Beteiligten (z. B. Krankenhäuser, stat. Hospize, Altenpflegeeinrichtungen, Apotheken, dem ärztlichen Notdienst, Palliativstationen) kooperiert.
- 2) Die Pflegeeinrichtung muss über eigene Geschäftsräume verfügen.

§ 4 Personelle Voraussetzungen

- 1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. Geeignete Pflegefachkräfte im Sinne dieses Vertrages sind Personen, die die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Krankenschwester, Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, 3-jährig examinierte Altenpfleger/in, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in besitzen.
- Diese müssen den Abschluss einer 160 Stunden umfassenden Palliativ-Care-Weiterbildung nachweisen. *)
- 2) Im Palliativpflegebereich müssen mindestens 4 Vollzeitstellen mit Pflegefachkräften nach Abs. 1 besetzt werden, die für die Beschäftigung beim Leistungserbringer (§2) einen Arbeitsvertrag mit dem Träger abgeschlossen haben. Davon müssen mindestens 2 Pflegefachkräfte sozialversicherungspflichtig in Vollzeit beschäftigt sein. Die verbleibenden 2 Vollzeitstellen können auch durch eine entsprechende Anzahl von sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigten mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 18 Stunden besetzt werden. Inhaber oder Gesellschafter, die hauptberuflich im Palliativbereich mitarbeiten und dreijährig examiniert sind, sind Vollzeitbeschäftigten gleichgestellt. *)

***) Protokollnotiz**

- 3) Die Funktion der leitenden Pflegefachkraft muss von einer gemäß Abs. 1 qualifizierten Pflegefachkraft in Vollzeitbeschäftigung wahrgenommen werden. Der Abschluss einer 160 Stunden umfassenden Palliativ-Care-Weiterbildung ist für leitende Pflegefachkräfte nicht erforderlich, sofern der Leistungserbringer über eine Palliativ-Care-Einheit mit einer nach Abs. 1 qualifizierten Teamleitung verfügt.

Die leitende Pflegefachkraft muss nach abgeschlossener Berufsausbildung in dem erlernten Beruf zwei Jahre berufspraktische Erfahrung innerhalb der letzten fünf Jahre nachweisen. Ferner muss die leitende Pflegefachkraft den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen. Ein abgeschlossenes Studium im Fachbereich Pflege/Pflegemanagement an einer Fach-/Hochschule ersetzt die Weiterbildung. *)

- 4) Die Rahmenfrist nach Abs. 3 Satz 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft bestellt werden soll. Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten. Bei ausgeübter Teilzeitbeschäftigung (mindestens in einer Halbtagsbeschäftigung) verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit (nicht die Rahmenfrist) entsprechend.

Die Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen die Fachkraft

- a) wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - b) als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
 - c) an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.
- 5) Als Stellvertretung der leitenden Pflegefachkraft ist mindestens halbtags eine Pflegefachkraft zu beschäftigen, die die Voraussetzungen des Absatzes 1 (incl. der Berufserfahrung nach Abs. 3 und 4) erfüllt. Im Falle der Abwesenheitsvertretung der leitenden Pflegefachkraft ist eine Vollzeitbesetzung durch die Stellvertretung sicherzustellen.
- 6) Ein Unterschreiten der personellen Mindestbesetzung für die Dauer von mehr als drei Monaten ist der zuständigen Stelle unverzüglich anzuzeigen. Der zuständigen Stelle sind auf Verlangen unverzüglich die Qualifikations- und Sozialversicherungsnachweise für das eingesetzte Personal sowie die Handzeichenliste nach Anlage 2 zuzusenden.

***) Protokollnotiz**

- 7) Dem Leistungserbringer müssen mindestens fünfzehn geschulte Ehrenamtliche (vgl. § 7) aus den nach § 39a SGB V geförderten Hospizdiensten zur Verfügung stehen. Die Schulung dieser Ehrenamtlichen umfasst mindestens 100 Unterrichtsstunden. Die Schulung hat nach den Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V. zu erfolgen.

§ 5

Nachweis der personellen und organisatorischen Voraussetzungen

- 1) Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen hat der Träger der zuständigen Stelle zur Überprüfung, ob die Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllt werden, die nachfolgenden Unterlagen einzureichen:
- a) Bekanntgabe der Stammdaten des Trägers und des Leistungserbringers sowie Nachweis des Vorliegens der organisatorischen und personellen Voraussetzungen zum Vertragsabschluss (Anlage 1),
 - b) Nachweis der aktuell beschäftigten Mitarbeiter sowie die Qualifikationsnachweise des eingesetzten Personals incl. Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen (Anlage 2),
 - c) einen aktuellen Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft für die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre(n) Stellvertreter(in). Der Auszug darf nicht älter als drei Monate sein.
 - d) Nachweis über die Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
 - e) Nachweis über das Bestehen einer ausreichenden Versicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden in Höhe von mindestens 1,5 Mio. € sowie einer erweiterten Betriebshaftpflichtversicherung für etwaige Behandlungs-/Pflegefehler,
 - f) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK)
 - g) Nachweise der Berufserfahrung für die leitende und stellvertretende leitende Pflegefachkraft,
 - h) bei juristischen Personen den aktuellen Auszug aus dem Handelsregister
 - i) Bestätigung des zuständigen Gesundheitsamtes, aus der hervorgeht, dass die Aufnahme der Tätigkeit dort angezeigt wurde,
 - j) Unterlagen zu einer auf den Leistungserbringer abgestimmten Strukturqualität mit dem Schwerpunkt ambulante palliativpflegerische Versorgung. Dazu gehören:
 - Pflegeleitbild (§ 12),

- Pflegekonzept (§ 13),
 - Muster einer Pflegedokumentation (§ 18),
 - Stellenbeschreibungen (§ 14),
 - Einarbeitungs-, Fort- und Weiterbildungskonzept (§§ 14 und 15) sowie ein
 - Dienst- und Einsatzplankonzept (§ 16),
- k) eine schriftliche Bestätigung, dass die Unterlagen nach Buchstabe j) im Dienst umgesetzt und weiterentwickelt werden,
- l) Muster des Pflegevertrages (§ 29),
- m) Nachweis von mindestens fünfzehn geschulten Ehrenamtlichen nach § 4 Abs. 7, incl. Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen (Anlage 2a),
- n) Nachweis der Zusammenarbeit mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin nach § 3 Buchstabe f),
- o) Kooperationsvertrag/-verträge entsprechend § 7.
- 2) Die Unterlagen nach Abs. 1 bilden die wesentliche Grundlage dieses Vertrages.
- Auf der Grundlage aller von dem Träger gemäß dem Absatz 1 abgegebenen Nachweise und vorgelegten Unterlagen (vgl. auch Abs. 6) entscheiden die Krankenkassen darüber, ob der betroffene Träger für seinen Leistungserbringer die Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllt. *)
- 3) Sofern alle Voraussetzungen des Vertrages erfüllt sind, wird der Vertrag mit dem Zeitpunkt wirksam, der im Bescheid der zuständigen Stelle an den Träger genannt wurde. Eine vorherige Leistungserbringung und Abrechnung ist ausgeschlossen.
- 4) Der Träger verpflichtet sich, wesentliche Änderungen, insbesondere den Wegfall einer oder mehrerer Voraussetzungen nach Absatz 1 der zuständigen Stelle unverzüglich mitzuteilen. Sofern durch eine Änderung eine oder mehrere Voraussetzungen nach den §§ 3, 4 und 7 nicht mehr vollständig erfüllt werden, findet § 32 Abs. 2 Anwendung.
- 5) Während der Laufzeit des Vertrages ist der Träger verpflichtet, der zuständigen Stelle im Rahmen der Anzeige nach § 6 unaufgefordert für jeden neu angestellten Mitarbeiter die hierzu einschlägigen Unterlagen gemäß § 4 sowie eine aktualisierte Nachweisliste gemäß § 5 Abs. 1 Buchst. a) einmal jährlich vorzulegen sowie auf Verlangen der zuständigen Stelle einen aktuellen Nachweis nach Maßgabe des Absatzes 1 zu erbringen.

***) Protokollnotiz**

- 6) Die zuständige Stelle ist berechtigt, bei begründetem Anlass zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen weitere geeignete Unterlagen zu verlangen.
- 7) Alle nach diesem Vertrag beizubringenden Unterlagen sind im Original oder als Kopien einzureichen.
- 8) Für räumlich getrennte Filialen, Außen- und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch dann, wenn diese zwar organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbstständig sind.

§ 6 Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten

- 1) Der Träger ist grundsätzlich verpflichtet, der zuständigen Stelle alle wesentlichen Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen, die die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand berühren. Unverzüglich anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
 - a) der Ausfall der leitenden Pflegefachkraft oder deren Stellvertretung (§ 4 Abs. 3 und 5) für einen drei Monate überschreitenden Zeitraum,
 - b) der Wechsel der leitenden oder stellvertretenden leitenden Pflegefachkraft,
 - c) jede Änderung der betrieblichen Gegebenheiten im organisatorischen Bereich (§ 3) und/oder im personellen Bereich (§ 4),
 - d) der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen,
 - e) jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft sowie Rechtsform des Leistungserbringers,
 - f) die Einstellung des Geschäftsbetriebes,
 - g) die Eröffnung eines gegen den Geschäftsbetrieb gerichteten Insolvenzverfahrens,
 - h) die Unterschreitung der Mindestzahl von fünfzehn Ehrenamtlichen (§ 4 Abs. 7) über einen Zeitraum von mindestens 3 Monate,
 - i) Wegfall der Kooperation mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe g)) für länger als vier Wochen,
 - j) polizeiliche oder staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren.
- 2) Sofern durch eine Änderung die Voraussetzungen nach § 3 und/oder § 4 nicht mehr vollständig erfüllt werden, findet § 32 Abs. 2 Anwendung.

§ 7 Kooperation / Sicherstellung der Ehrenamtlichen

- 1) Die Sicherstellung der fünfzehn Ehrenamtlichen hat durch Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten, die nach § 39 a SGB V gefördert werden, zu erfolgen. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit folgenden Mindestinhalten abzuschließen:
 - a) Erklärung des/der ambulanten Hospizdienste(s), dass bei Kooperation dem Leistungserbringer ständig 15 Ehrenamtliche entsprechend den Vorgaben des § 4 Abs. 7 dieses Vertrages dem Leistungserbringer zur Verfügung stehen.
 - b) Sofern Ehrenamtliche Leistungen nach dem SGB V / XI erbringen, sind diese nicht abrechnungsfähig.
 - c) Kooperationen mit Ausnahme von Kooperationen nach Buchstabe a) und § 3 Abs. 1 Buchstabe f), die ihrem Zweck nach dazu dienen, fehlende organisatorische oder personelle Voraussetzungen zu ersetzen, sind unzulässig.
 - d) Kooperationen bedürfen der Zustimmung der Kostenträger.

§ 8 Inhalt der Leistungen

Die Leistungen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung nach diesem Vertrag sind in der Anlage 3 beschrieben.

§ 9 Materialien und Geräte

Der Träger hat seinen Pflegekräften im erforderlichen Umfang Arbeitsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Händedesinfektionsmittel) bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.

Alle in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung eingesetzten Materialien und Geräte müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie den Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Mit den in der Anlage 6 genannten Vergütungen sind sämtliche, im Zusammenhang mit den im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Verrichtungen, erforderlichen Aufwendungen abgegolten. Dies gilt auch für die Wartung/Sterilisation der in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung verwendeten Geräte. Ausgenommen hiervon sind ordnungsfähige Arzneien, Verband- und Hilfsmittel, die für den Versicherten verordnet und mit der Krankenkasse abgerechnet wurden.

§ 10

Grundsätze der Leistungserbringung

- 1) Der Träger hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V).
- 2) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, darf der Träger nicht bewirken und die Krankenkasse nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).
- 3) Im Interesse der Wirtschaftlichkeit sind verordnete Leistungen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung sowie Leistungen aus der Pflegeversicherung, soweit möglich und sinnvoll, innerhalb eines Einsatzes zu erbringen.
- 4) Der Träger gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- 5) Zur Optimierung der Versorgung mit Leistungen, insbesondere um einen reibungslosen und unverzüglichen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten palliativpflegerischen Versorgung zu gewährleisten, hat der Leistungserbringer mit
 - a) Vertragsärzten,
 - b) ambulanten Hospizdiensten,
 - c) stationären Hospizen,
 - d) Vertragskrankenhäusern,
 - e) Rehabilitationseinrichtungen,
 - f) und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligtenzusammenzuarbeiten.

Die Vereinbarungen nach § 3 Pflegegesetz NW gelten entsprechend.

- 6) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass zur Sicherstellung einer fach- und sachgerechten ambulanten palliativpflegerischen Versorgung nach diesem Vertrag fachlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird und eine fach- und sachgerechte ambulante palliativpflegerische Versorgung erfolgt; §§ 11 ff. des Vertrages sind zu beachten.

- 7) Der Träger trägt die fachliche Verantwortung für das eingesetzte Personal. Über den Einsatz des Personals im Einzelfall entscheidet der Träger unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit sowie Art und Schwere der Erkrankung des Versicherten im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen hat mit möglichst geringem Wechsel des Personals zu erfolgen.

§ 11 Qualitätssicherung

- 1) Der Leistungserbringer hat die Leistungen sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- 2) Die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10.07.1995 (vgl. Anlage 4) sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages, soweit dieser Vertrag nichts anderes vorsieht.

§ 12 Pflegeleitbild

- 1) Der Leistungserbringer hat ein Pflegeleitbild mit einem palliativpflegerischen Schwerpunkt, das auf einem definierten Pflegemodell basiert. Dieses Pflegeleitbild macht Aussagen
 - a) zum Pflege- und Betreuungsverständnis des Pflegedienstes,
 - b) zur Rolle des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen,
 - c) zur Qualifikation und Führung der Mitarbeiter,
 - d) zur Einbindung der ehrenamtlichen Helfer,
 - e) zur Kooperation mit anderen Leistungsanbietern,
 - f) zum Qualitätsmanagement und
 - g) zum Revisionsdatum.
- 2) Die palliativpflegerische Arbeitsorganisation basiert auf einem System der Bezugspflege, das die Kontinuität der Pflege sowie eine patientenorientierte ganzheitliche Betreuung unterstützt.

§ 13 Pflegekonzept

- 1) Der Leistungserbringer hat ein Pflegekonzept mit einem palliativpflegerischen Schwerpunkt, in dem er Pflegestandards definiert. In diesen Standards sind alle qualitätsrelevanten Maßnahmen, Verfahren und Prozesse formuliert. Sie beinhalten mindestens
 - a) deutlich formulierte Zielsetzungen,
 - b) das zugrunde liegende Pflegeverständnis,
 - c) Angaben über die erforderliche Qualifikation des Pflegenden,
 - d) messbare Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien,
 - e) den Namen der den Standard in Kraft setzenden Person und das Revisionsdatum.
- 2) Das Pflegekonzept hat sich am Leistungsspektrum und palliativpflegefachlichen Schwerpunkt des Leistungserbringers zu orientieren. Dieses Leistungsspektrum und der palliativpflegefachliche Schwerpunkt sind vom Leistungserbringer zu definieren.
- 3) Das Pflegekonzept hat einen Teil Qualitätsmanagement zu beinhalten, für das folgende Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung des Rahmenprogrammes zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 gelten:
 - a) Maßnahmen zur Sicherung der internen Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität werden systematisch geplant, durchgeführt und überprüft. Zusätzlich beteiligt sich der Leistungserbringer an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.
 - b) Interne Maßnahmen der Qualitätssicherung sind u. a. die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten, die Einrichtung eines Qualitätszirkels und die Entwicklung und Weiterentwicklung von Organisations- und Pflegestandards.
 - c) Externe Maßnahmen der Qualitätssicherung können u. a. die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen und Assessmentrunden sein.
 - d) Die Durchführung von internen Qualitätsmaßnahmen und die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsprojekten werden dokumentiert.
 - e) Weiterer Bestandteil des Pflegekonzeptes ist die Einbindung aller in der Palliativpflege Tätigen (§ 4 Abs. 1) sowie die Regelungen zur Information und Kommunikation. Hier gelten folgende Rahmenbedingungen:
 - Besprechungen aller in der ambulanten Palliativpflege Tätigen (§ 4 Abs. 1) finden im regelmäßigen Abstand, mindestens einmal monatlich, statt. Die

Ergebnisse der Besprechungen werden incl. Teilnehmerliste protokolliert und für alle zugänglich aufbewahrt und bekannt gegeben.

- Alle pflegerelevanten Informationen werden neben der mündlichen Weitergabe auch in der Pflegedokumentation festgehalten.
- Fallbesprechungen werden innerhalb des Teams des Leistungserbringers in einem festen Turnus, mindestens alle zwei Wochen, durchgeführt und protokolliert.

§ 14

Stellenbeschreibungen / Einarbeitungskonzept

- 1) Der Leistungserbringer verfügt über Stellenbeschreibungen, in der die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der Mitarbeiter definiert sind.
- 2) Die Einarbeitung der Mitarbeiter erfolgt auf der Grundlage eines schriftlich fixierten Einarbeitungskonzeptes.

§ 15

Fort- und Weiterbildung

- 1) Der Leistungserbringer hat ein Fort- und Weiterbildungskonzept und ist gesetzlich verpflichtet, Fortbildungen für seine Mitarbeiter/innen durchzuführen. Die Fortbildung ist nach den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V auszurichten und der zuständigen Stelle auf Verlangen unter Fristsetzung nachzuweisen. Die Frist soll mindestens einen Monat betragen.
- 2) Solange die o. a. Rahmenempfehlungen nicht vorliegen, sind die Inhalte der Fortbildungen so auszurichten, dass die Mitarbeiter/innen auf dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sind. Führungskräfte (Pflegedienstleitung, Stellvertretung, Teamleitung, Qualitätsbeauftragter, etc.) des ambulanten Palliativdienstes sind verpflichtet, externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich insgesamt 28 Stunden nachzuweisen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Fortbildungen die Bereiche Dokumentation, Management und Pflege abdecken. Für die übrigen Mitarbeiter/innen sind regelmäßige Fortbildungen, die sich an den Inhalten des Satzes 1 orientieren sollten, durchzuführen. Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnehmerliste).
- 3) Werden Fortbildungen nicht fristgerecht nachgewiesen, werden vom Folgemonat an die Vergütungssätze nach Maßgabe des § 22 Abs. 4 gekürzt. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Als Frist hierfür können längstens sechs Monate vorgesehen werden. Kommt der Leistungserbringer innerhalb dieser Frist seiner Nachweispflicht nicht nach, gilt § 32 Abs. 1 Buchstabe g).
- 4) Wird die Fortbildung vor Beendigung der Frist nachgewiesen, entfällt vom nächsten Monatsersten an die Kürzung der Vergütung.

§ 16 Dienst-/Einsatzplankonzept

- 1) Der Leistungserbringer hat ein Dienst-/Einsatzplankonzept zu erstellen und vorzuhalten, das in Abstimmung mit den Einsätzen der Ehrenamtlichen aufgestellt wird.
- 2) Der Einsatzplan berücksichtigt die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und stellt eine größtmögliche Pflegekontinuität durch - nach Möglichkeit - maximal 3 verschiedene Pflegekräfte je Pflegebedürftigen sicher.

§ 17 Pflegeprozess

- 1) Grundlage des pflegerischen Handelns ist der Pflegeprozess. Die sechs Schritte des Pflegeprozesses sind:
 - a) Informationssammlung / Pflegeanamnese,
 - b) Erfassung von Problemen und Ressourcen,
 - c) Festlegung der Pflegeziele,
 - d) Planung der Pflegemaßnahmen,
 - e) Durchführung und Dokumentation der Pflege sowie
 - f) Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten.
- 2) Die Patienten und ihre Bezugspersonen sollen in die verschiedenen Schritte des Pflegeprozesses mit einbezogen werden.

§ 18 Pflegedokumentation

- 1) Der Leistungserbringer führt für jeden Versicherten eine detaillierte und zeitnahe Pflegedokumentation entsprechend § 12 (Pflegeleitbild / Pflegemodell). In ihr spiegelt sich der Pflegeprozess (§ 17) wieder. Sie stellt die nahtlose und aktuelle Informationssammlung bei der Überprüfung der Versorgungsmöglichkeiten des Versicherten (Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Leistungspflicht) durch die betroffene Krankenkasse bzw. bei der Überprüfung der Abrechnung der Leistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sicher.
- 2) Die Pflegedokumentation beinhaltet u. a.
 - a) das Patientenstammblatt,
 - b) die Pflegeanamnese,

- c) die Pflegeplanung,
 - d) den Pflegebericht,
 - e) den Überleitungsbogen,
 - f) spezielle Dokumentationsbögen, wie z. B. Vitalzeichen, Wundversorgung, Lagerungs- und Trinkprotokolle usw. sowie
 - g) den Nachweis über die Art der durchgeführten Leistungen, (z.B. Injektion, Medikamentengabe), incl. Uhrzeit (Beginn des Einsatzes).
- 3) Das Patientenstammbblatt enthält mindestens:
- a) unveränderliche Daten (Name, Geburtsdatum usw.),
 - b) das Aufnahmedatum,
 - c) die Angaben zu Angehörigen/Bezugspersonen/Ansprechpartner,
 - d) Angaben zur Betreuung/Beschlüsse/Verfügungen,
 - e) Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI,
 - f) Angaben zur medizinisch/therapeutischen Versorgungssituation sowie anderen an der Versorgung Beteiligter.
- 4) Die Pflegeplanung beinhaltet:
- a) den Pflegebeginn (Datum),
 - b) die diagnosebezogenen/pflegerlevanten Pflegeprobleme,
 - c) die Ressourcen,
 - d) die Pflegeziele,
 - e) die geplanten Pflegemaßnahmen/Durchführungshinweise,
 - f) die Evaluation, Datum und das Handzeichen der Pflegefachkraft.
- 5) Jeder Pflegeeinsatz ist zu protokollieren. Zu vermerken sind:
- a) Datum, Einsatzbeginn,
 - b) erbrachte Leistungen,
 - c) Abweichungen von der Pflegeplanung incl. Begründung,

- d) Handzeichen der durchführenden Pflegefachkraft und, sofern fachpflegerisch notwendig, u.a. auch
 - e) der Zustand des Patienten,
 - f) die gemessenen Vitalwerte,
 - g) Durchführung selbstaktivierender Pflege- bzw. von Pflegeschulungsmaßnahmen,
 - h) Rückspracheerfordernis beim behandelnden Arzt und dem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe f))
 - i) Pflege-/Hilfsmittelversorgung,
 - j) beigefügte pflegerische und ggf. ärztliche Befundberichte,
- 6) Die Dokumentationsunterlagen sind beim Versicherten zu führen.
 - 7) Alle Eintragungen sind mit dem Handzeichen der Pflegefachkraft deutlich lesbar zu versehen. Die Dokumentation ist 5 Jahre aufzubewahren.
 - 8) Die Dokumentation von Einsätzen Ehrenamtlicher erfolgt nach den Bestimmungen zur Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V.
 - 9) Auf begründetes Verlangen der Krankenkasse sendet der Leistungserbringer die angeforderten Auszüge aus der Pflegedokumentation zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und/oder Leistungspflicht in Kopie dieser zu.

§ 19 Leistungsnachweis

- 1) Jede erbrachte Leistung ist unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegefachkraft einzutragen und durch Handzeichen zu bestätigen. Maschinelle Eintragungen im Leistungsnachweis, die vor Erbringung der Leistung vorgetragen wurden, sind kenntlich zu streichen, falls keine Leistung erbracht wurde. Vordatierungen oder Globalbestätigungen über den Empfang von Leistungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung.

Eine Durchschrift des Leistungsnachweises hat beim Versicherten zu verbleiben. Der Leistungsnachweis ist nicht Bestandteil der Pflegedokumentation, sondern eine Rechnungsanlage, die folgende Mindestinhalte aufzuweisen hat:

- a) Krankenversicherungsnummer,
- b) Name und Vorname des Patienten,
- c) Geburtsdatum des Patienten,
- d) Tag der Leistungserbringung,

- e) Uhrzeit (Beginn) der Leistungserbringung,
 - f) Art der Leistung,
 - g) je Einsatz Handzeichen der leistungserbringenden Pflegefachkraft nach § 4 sowie einmal monatlich eine Bestätigung durch Unterschrift der verantwortlichen Pflegedienstleitung bzw. Teamleitung der Palliativ-Care-Einheit,
 - h) nach erfolgter Leistungserbringung einmal monatlich Datum und Unterschrift des Patienten, des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten sowie
 - i) Institutionskennzeichen, Name und Anschrift des Leistungserbringers.
- 2) Die verwendeten Leistungsnachweise haben dem Muster nach Anlage 5 zu entsprechen.

§ 20 Personenkreis

Der Personenkreis, der Anspruch auf ambulante palliativpflegerische Versorgung nach diesem Vertrag hat, umfasst unheilbar kranke Versicherte, deren Krankheit

- a) progredient verläuft und bereits so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist und
- b) eine ambulante palliative Versorgung notwendig macht und vom Patienten erwünscht ist.

Die Notwendigkeit einer ambulanten palliativen Versorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern im Endstadium ergeben:

- c) fortgeschrittene Krebserkrankung,
- d) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- e) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
- f) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Kurative Behandlungen sind bei Palliativpatienten ausgeschöpft und nicht mehr angezeigt.

§ 21

Abgabe der Leistungen/Kostenübernahme/Vergütungsanspruch

- 1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen für den Personenkreis nach § 20 nur aufgrund vertragsärztlicher Verordnung (Muster 12) erbracht werden.

Die Kostenübernahme ist vor Beginn der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung bei der zuständigen Krankenkasse mit der vertragsärztlichen Verordnung (ggf. per Fax) zu beantragen. Die Verordnung (Muster 12 a.2/E) ist vorab vom Versicherten und dem Leistungserbringer auszufüllen. Der Leistungserbringer hat dabei detailliert die geplanten Leistungen sowie die Häufigkeit und Dauer einzutragen. Über die palliativpflegerische Versorgung und ihre Dauer (ca. 28 Tage) entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Sollte die Versorgung für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, ist rechtzeitig vor Ablauf ein Verlängerungsantrag unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen, in dem die medizinische Notwendigkeit der Verlängerung begründet wird. Sofern aus Sicht des Leistungserbringers erforderlich, ist mit der vertragsärztlichen Verordnung ein Antrag auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI einzureichen. Den jeweils aktuellen Schnellbegutachtungsbogen sendet der Leistungserbringer mit einer Kopie der vertragsärztlichen Verordnung an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Für Versicherte der Knappschaft und der Betriebskrankenkassen wird der jeweils aktuelle Schnellbegutachtungsbogen mit der vertragsärztlichen Verordnung direkt an die zuständige Kasse gesandt, sofern keine anderweitige Absprache getroffen wird.*)

***) Protokollnotiz**

- 2) Sofern an Wochenenden und Feiertagen die erstmalige Kostenzusage für ambulante palliativpflegerische Versorgung durch die Krankenkasse nicht vor Beginn der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung eingeholt werden kann, ist die Kostenübernahme unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung innerhalb der nächsten drei Arbeitstage (ggf. per Fax) bei der Krankenkasse zu beantragen.
- 3) Soweit die Krankenkasse eine Begrenzung/Einschränkung der Leistungsgewährung vorgibt, ist dies vom Leistungserbringer zu beachten. Ändern sich - ohne Auswirkung auf die Einsatzfrequenz - für den von der Krankenkasse bereits genehmigten Zeitraum die palliativpflegerischen Leistungen (vgl. Punkt 3 und 4 der Anlage 3) bzw. kommen Leistungen hinzu, ist für den bereits von der Krankenkasse genehmigten Zeitraum keine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Der Leistungserbringer hat in diesem Fall jedoch nachweislich sicherzustellen, dass er diese geänderte ärztliche Anweisung erhalten hat und umsetzt. Sollte die ambulante palliativpflegerische Versorgung für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, ist rechtzeitig vor Ablauf der Befristung mittels der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 12 der Vordruckvereinbarung Ärzte/Krankenkassen) ein Verlängerungsantrag bei der Krankenkasse zu stellen, um dieser Gelegenheit zu geben, ggf. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten. Auf Anforderung ist der Krankenkasse unter Berücksichtigung der datenschutz-

rechtlichen Bestimmungen eine Kopie der notwendigen Blätter der Pflegedokumentation (§ 18) nachzureichen. Zur Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der erforderlichen Leistungen soll der Leistungserbringer ergänzende Angaben der Krankenkasse übermitteln oder auf deren Anforderung zusenden.

- 4) Sofern der Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 3 SGB V nicht ausgeschlossen ist, die vertragsärztliche Verordnung den vertraglichen Vereinbarungen entspricht und die Verordnung innerhalb von 3 Arbeitstagen eingereicht wurde, übernimmt die Krankenkasse die Kosten längstens bis zur Entscheidung über den Leistungsantrag; der Leistungserbringer nimmt insoweit seine sich aus § 10 Abs. 1 und 2 ergebende Mitwirkungspflicht wahr. Die zuständige Krankenkasse wird den Leistungserbringer unverzüglich über ihre Leistungspflicht informieren.
- 5) Über Art, Umfang und Dauer der Leistungen entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Art und Inhalt der Leistungen ergeben sich aus der als Anlage 3 beigefügten Leistungsbeschreibung sowie der Vergütungsvereinbarung nach Anlage 6. Die zuständige Krankenkasse entscheidet unverzüglich über den Leistungsantrag und informiert hierüber den Leistungserbringer. Soweit die vertraglich verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die Krankenkasse den Versicherten und den Arzt.
- 6) Bei Annahme einer vertragsärztlichen Verordnung über ambulante palliativpflegerische Versorgung ist die Gesamtheit der von der Krankenkasse genehmigten Leistungen zu erbringen.
- 7) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen vertragsärztlicher Verordnungen bedürfen der Unterschrift des verordnenden Arztes.

§ 22 Vergütung

- 1) Die Vergütung der Vertragsleistungen richtet sich nach Anlage 6. Mit dieser Vergütung sind auch alle vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten abgegolten.
- 2) Die Vergütung der Vertragsleistungen
 - a) bei der Versorgung von Versicherten in Wohnanlagen für Senioren bzw. im Rahmen des so genannten Betreuten Wohnens, soweit der Leistungserbringer regelmäßig mehr als vier Patienten versorgt,
 - b) bei der Versorgung von Versicherten in Wohnheimen und Seniorenwohnungen, deren Träger bzw. Vermieter für die Bewohner bzw. Mieter zugleich ambulante Pflegeleistungen im Sinne dieses Vertrages anbieten,
 - c) bei der Versorgung von Versicherten in Wohnheimen oder Seniorenwohnungen, in denen der ambulante Pflegedienst seinen Betriebssitz hat sowie

- d) bei der Versorgung von mehr als 4 Personen in einem Haus beträgt 80% der Regelvergütung.
- 3) Der Vergütungsanspruch besteht nur für entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages tatsächlich erbrachte und dokumentierte Vertragsleistungen. Für nicht vertragsmäßig erbrachte und auch für nicht dokumentierte Vertragsleistungen (§§ 18, 19) besteht weder ein Vergütungsanspruch gegenüber dem Kostenträger noch dem Versicherten.
 - 4) Kommt der Träger seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung (§ 15) nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen in Höhe von 10 v.H. für die ersten drei Monate, danach von 25 v. H..
 - 5) Einsätze, die wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten nicht erbracht werden können, sind nicht abrechnungsfähig. Gleiches gilt für Vertragsleistungen, die von hierzu nicht gemäß § 4 Abs. 1 des Vertrages berechtigtem Personal erbracht wurden.
 - 6) Mit den für die Vertragsleistungen gemäß Anlage 6 des Vertrages vereinbarten Vergütungssätzen sind zugleich sämtliche Aufwendungen des Trägers/Leistungserbringers abgegolten, die im unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit der jeweils vergüteten Vertragsleistung stehen.
 - 7) Dem Träger/Leistungserbringer sowie dessen Personal ist es untersagt, für Vertragsleistungen Zahlungen von dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten zu fordern oder anzunehmen.

§ 23 Abrechnung gemäß § 302 SGB V

- 1) Mit Umsetzung der für den Bereich der häuslichen Krankenpflege gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zum 01.06.1996 in Kraft getretenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" werden die dortigen Regelungen (in der jeweils aktuellen Fassung) ohne weitere vertragliche Absprache für den Träger unmittelbar verbindlich und ersetzen die hierzu für das Abrechnungsverfahren nachfolgend in diesem Vertrag vorläufig getroffenen Vereinbarungen nach § 23 a.
- 2) Über den Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V wird die jeweilige Krankenkasse den Träger rechtzeitig informieren. Auf der Vorderseite der Leistungsnachweise sind rechts oben die Belegnummern aus der Gesamtrechnung sowie die Rechnungsnummer anzugeben. Die Leistungsnachweise sind nach Belegnummern aufsteigend sortiert anzuliefern. Dies gilt auch für Kopien der vertragsärztlichen Verordnung einschließlich Genehmigung der Krankenkasse, soweit nicht darauf verzichtet wird.

- 3) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind jeweils im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen (§§ 18 und 19). Der Leistungsnachweis (§ 19) sowie die Genehmigung der Krankenkasse - soweit nicht darauf verzichtet wird - sind der Abrechnung beizufügen.
- 4) Für jeden Leistungserbringer ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, ein Institutionskennzeichen (IK) zu beantragen. Das IK des Leistungserbringers ist im Rahmen der Abrechnung zu verwenden. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- 5) Die Abrechnungsdaten der Abrechnungsfälle umfassen insbesondere:
 - a) Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
 - b) Krankenversicherten-Nr.,
 - c) Versichertenstatus (Anlage 3 Abschnitt 8.1.1 der Richtlinien),
 - d) Vertragsarzt-Nr.,
 - e) Datum der Verordnung,
 - f) Unfallkennzeichen (Anlage 3 Abschnitt 8.1.2 der Richtlinien),
 - g) Kennzeichen BVG/Sonstiges (Anlage 3 Abschnitt 8.1.2.1 der Richtlinien),
 - h) Rechnungsnummer mit eindeutiger Belegnummer innerhalb einer Gesamtrechnung,
 - i) Genehmigungskennzeichen der jeweiligen Krankenkasse (soweit vorhanden),
 - j) Datum der Genehmigung (im Format JJJJMMTT),
 - k) Institutionskennzeichen des Leistungserbringers/Rechnungserstellers,
 - l) Leistungserbringergruppe, bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen der jeweiligen Krankenkasse,
 - m) Art der abgegebenen Leistung,
 - n) Einzelbetrag der Leistung,
 - o) Datum/Daten der Leistungserbringung,
 - p) Einsatzzeit (Beginn).

- 6) Leistungen gemäß § 37 Abs. 1 SGB V und Leistungen gemäß § 37 Abs. 2 SGB V sind in getrennten Dateien abzurechnen.
- 7) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BseuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen.
- 8) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger können gegenüber demselben aufgerechnet werden.
- 9) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 7 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder unter Angabe von Gründen zur Berichtigung innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Eingang zurückgegeben werden.

§ 23a

Abrechnung vor Umsetzung des § 302 SGB V

- 1) Bis zum Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V erfolgt die Rechnungslegung entsprechend den Bestimmungen der nachfolgenden Absätze.
- 2) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Träger grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Die Genehmigung der Krankenkasse - soweit hierauf nicht verzichtet wird - und der Leistungsnachweis (§ 19) sind beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen (§§ 18 und 19).
- 3) Das Rechnungsblatt muss folgende Mindestinhalte aufweisen:
 - a) Krankenversichertennummer,
 - b) Name und Vorname des Patienten,
 - c) Geburtsdatum des Patienten,
 - d) Anschrift des Patienten,
 - e) Leistungszeitraum (von/bis),
 - f) Art der Leistung (z. B. Injektion),
 - g) Einzelpreis der Leistung,
 - h) Anzahl der Leistung,

- i) Gesamtbetrag,
 - j) Rechnungsnummer,
 - k) Rechnungsdatum,
 - l) Institutionskennzeichen des Leistungserbringers sowie
 - m) Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers, sofern vom Leistungserbringer abweichend.
- 4) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
 - 5) Werden Leistungen für Versicherte sowohl mit der Pflegekasse, als auch mit der Krankenkasse abgerechnet, ist eine getrennte Rechnungslegung erforderlich.
 - 6) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger können gegenüber demselben aufgerechnet werden.
 - 7) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 5 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder unter Angabe von Gründen zur Berichtigung innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Eingang zurückgegeben werden.

§ 24

Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen

- 1) Sofern die Abrechnung von dem Träger einer Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle übertragen werden soll, hat der Träger unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle auszuwählen.
- 2) Der Träger ist verpflichtet, von allen Versicherten schriftliche Einwilligungserklärungen für die Datenweitergabe an die Abrechnungsstelle einzuholen. Die Einwilligungserklärungen sind der Krankenkasse und der Abrechnungsstelle auf Verlangen vorzulegen.
- 3) Die Abtretung ist vier Wochen vorher anzuzeigen. Zahlungen an eine durch den Träger ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der zuständigen Krankenkasse der Vertrag und eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers vorliegen. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus.

- 4) Der Träger verpflichtet sich, seine Forderungen gegen die Krankenkassen nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit die Krankenkassen gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungsansprüche) oder sonstiger Forderungen hat. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der Krankenkassen ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Krankenkassen aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt sind, gegenüber dem Abrechnungszentrum die Zahlung zu verweigern und mit Ihren Ansprüchen gegen den Träger aufzurechnen.
- 5) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Träger mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften Träger und Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.
- 6) Für Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen gelten die §§ 23 und 23 a entsprechend. Mit etwaigen Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen wird der Leistungserbringer diesbezügliche Absprachen treffen.

§ 25 Zahlungsfrist /Beanstandung

- 1) Bis zur Umsetzung der für den Bereich der häuslichen Krankenpflege gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zum 01.06.1996 in Kraft getretenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen sind die Rechnungen - vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung - grundsätzlich innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse bzw. dem genannten Rechenzentrum zu bezahlen. Bei Rechnerkürzungen gilt dies nur für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- 2) Die Fälligkeit für die vertraglich geschuldete Vergütung tritt nach der gem. Abs. 1 vereinbarten Zahlungsfrist nur bei vorschriftsmäßiger Rechnungslegung (§§ 23/23a und 24) ein.

§ 26 Ausschlussfrist

Vertragsleistungen, für die entgegen der hierzu in § 23 Absatz 3 Satz 1 bzw. § 23 a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Frist eine Rechnungslegung verspätet erfolgt, können nur in begründeten Ausnahmefällen abgerechnet werden. Diese Ausnahmefälle sind nur abrechnungsfähig, wenn gegenüber der Krankenkasse in-

nerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungserbringung eine Rechnungslegung erfolgt ist.

§ 27

Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot

- 1) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten und Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig.
- 2) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (z. B. Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist unzulässig. Ausgenommen ist die unentgeltliche Vermittlung oder Weitergabe, wenn notwendige, aber selbst nicht ausführbare Einsätze dies erfordern.

§ 28

Datenschutz / Schweigepflicht / geschäftsmäßige Rechtsberatung

- 1) Personenbezogene Daten (Sozialdaten) darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- 2) Der Träger verpflichtet sich ferner, über alle bei der Durchführung des Vertrages erlangten Sozialdaten von Versicherten und sonstigen Dritten, insbesondere über medizinische und pflegerische Daten, Stillschweigen zu bewahren. Ausgenommen hiervon sind die zur Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen Krankenkasse. Im Übrigen hat der Träger die Einhaltung der für ihn einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen sicherzustellen.
- 3) Der Träger ist verpflichtet, die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 auch den eingesetzten Pflegekräften bekannt zu geben und deren Beachtung durch diese in geeigneter Weise (z. B. durch Hinweis im Arbeitsvertrag und/oder wiederkehrende Belehrungen) sicherzustellen.
- 4) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, Vertragsärzte und Krankenhäuser, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig. Dies gilt auch für die Rechtsberatung von Patienten/Versicherten.

§ 29

Pflegevertrag

- 1) Der Träger hat mit dem Versicherten einen schriftlichen Pflegevertrag zu schließen, in dem die Einzelheiten der Leistungserbringung, z. B. genaue Definition der Leistungen, entsprechend der Leistungsbeschreibung sowie Dauer und Menge je Kalendertag, vereinbart werden.

- 2) Die Vorschriften des SGB V und die hierzu abgeschlossenen Vereinbarungen sowie die Entscheidung der Krankenkasse sind dem Vertrag zugrunde zu legen und maßgebend. Liegt die Entscheidung der Krankenkasse bei Vertragsabschluss noch nicht vor, ist der Pflegevertrag nach Bekanntwerden bzw. Rechtskraft anzupassen.
- 3) Bei ordentlicher Kündigung ist eine längere Kündigungsfrist von mehr als 10 Tagen für den Versicherten unzulässig. Für den Leistungserbringer gilt eine Kündigungsfrist von mindestens 3 Wochen. Im Übrigen gilt § 120 SGB XI entsprechend.

§ 30

Zahlung bei Feststellung von Qualitätsmängeln

- 1) Grundlage für die Feststellung von Qualitätsmängeln ist der Maßnahmenkatalog des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie die Stellungnahme des Leistungserbringers. Qualitätsmängel in diesem Sinne liegen vor, wenn
 - a) das Pflegekonzept nach § 13 und/oder
 - b) das Einarbeitungskonzept nach § 14 und/oder
 - c) das Fort- und Weiterbildungskonzept nach § 15 und/oder
 - d) das Dienst- und Einsatzplankonzept nach § 16
nicht den dort genannten Anforderungen entspricht und/oder
nicht umgesetzt wurde und/oder
 - e) aus der im Rahmen der Qualitätsprüfung vorgelegten Pflegedokumentation nicht der Pflegeprozess (§ 17) erkennbar ist und/oder
 - f) im Rahmen der Prüfung der Ergebnisqualität vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt wurde, dass ein Patient zu Schaden (Körperverletzung) gekommen ist.
- 2) Bei Feststellung von Qualitätsmängeln nach Abs. 1 Buchstabe a) bis e) kommen Maßnahmen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe a) bis c) sowie bei Qualitätsmängeln nach Abs. 1 Buchstabe f) und wiederholten Qualitätsmängeln nach Abs. 1 Buchstabe a) bis e) Maßnahmen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe c) und d) in Betracht.

§ 31

Maßnahmen bei Gesetzes- bzw. Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- 1) Verletzt der Träger / Leistungserbringer seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten, entscheiden die Krankenkassen gemeinsam oder einzeln nach Anhö-

rung des betroffenen Trägers über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht:

- a) Auflagen,
 - b) Verwarnung,
 - c) Vertragsstrafe in Geld bis zu 15.000,00 €, unabhängig davon, wie viele Krankenkassen die Maßnahme verhängen,
 - d) außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 32.
- 2) Verstöße gegen die gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen sind dem Vertragspartner schriftlich mitzuteilen. Ihm ist die Gelegenheit zu einer Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist zu geben. Der Vertragspartner kann seinen Berufsverband hinzuziehen. Die Vertragspartner bemühen sich, eventuelle Meinungsverschiedenheiten über Vertragsverstöße gemeinsam mit dem Ziel einer gütlichen Einigung zu klären.
- 3) Die Entscheidung wird dem Betroffenen schriftlich mitgeteilt.
- 4) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Träger zu ersetzen.

§ 32 Außerordentliche Kündigung

- 1) Der Vertrag kann von den vertragsschließenden Krankenkassen gemeinsam oder einzeln gegenüber dem Träger ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Träger seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Patienten oder der Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Dies liegt insbesondere vor:
- a) bei wiederholten und/oder schwerwiegenden Verstößen gegen die vertraglichen und/oder gesetzlichen Bestimmungen,
 - b) bei Abrechnung nicht und/oder teilweise nicht erbrachter Leistungen bzw. Abrechnung anderer als der erbrachten Leistungen und/oder bei wiederholter Abrechnung nicht dokumentierter Leistungen (§§ 18 und 19),
 - c) bei Pflichtverletzungen, derentwegen Patienten zu Schaden kommen können bzw. gekommen sind,
 - d) sofern wiederholt wesentliche Qualitätsmängel bei der Qualitätsprüfung festgestellt wurden (§ 30). Dabei ist unerheblich, ob die festgestellten Qualitätsmängel identisch sind oder nicht,
 - e) bei einem Fehlverhalten des Leistungserbringers, das gem. § 74 SGB XI zur fristlosen Kündigung des mit ihm für den Bereich der Pflegeversicherung bestehenden Versorgungsvertrages berechtigt,

- f) bei Fehlen der Vertragsvoraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Buchstaben b) und e), § 5 Abs. 4, § 6 Abs. 2,
 - g) Das Vertragsverhältnis ist von den Krankenkassen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Träger des ambulanten Palliativpflegedienstes innerhalb der Nachweisfrist (§ 15 Abs. 3) die fehlenden Fortbildungsmaßnahmen nicht nachholt,
 - h) Forderung/Entgegennahme von Zahlungen für Vertragsleistungen von dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten.
- 2) Liegt eine oder mehrere der wesentlichen Vertragsvoraussetzungen (insbesondere nach den §§ 3, 4 und 7) nicht mehr vor, kann das Vertragsverhältnis von den Krankenkassen gemeinsam oder einzeln mit einer dreimonatigen Frist zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.
 - 3) Eine außerordentliche Kündigung (§ 32) kann von den Krankenkassen gemeinsam oder einzeln ausgesprochen werden, wenn eine den Qualitätsanforderungen entsprechende Versorgung der Versicherten infolge innerbetrieblicher Gegebenheiten (z. B. Vorliegen von Pfändungen/Verrechnungen über die Höhe eines Monatsumsatzes der vertragsschließenden Krankenkassen hinaus) nicht zu erwarten ist.

§ 33 Auswertung

- 1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken, die im Endergebnis mindestens folgende Aussagen machen:
 - a) Anzahl der behandelten Patienten,
 - b) prozentualer Anteil von Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind,
 - c) durchschnittliche Betreuungsdauer, durchschnittliche Fahrzeit und durchschnittliche Einsatzzeit gegliedert nach delegierter ärztlicher Leistung, Grund- und Behandlungspflege,
 - d) prozentualer Anteil von Patienten, bei denen Ehrenamtliche eingesetzt werden,
 - e) Einstufungen der Patienten im SGB XI.
- 2) Für die Auswertung hat der Leistungserbringer die einheitlichen Auswertungsbögen gemäß Anlage 7 zu verwenden, für die vorgegebene zeitliche Dauer auszufüllen und der zuständigen Stelle zuzusenden. Kommt der Leistungserbringer dieser Verpflichtung nicht bzw. nur teilweise nach, findet § 31 Abs. 1 Buchstabe c), ggf. auch Buchstabe d) Anwendung.
- 3) Der Leistungserbringer erhält das Ergebnis der Auswertung.

§ 34 Schiedsperson

- 1) Kommt eine Einigung nach § 132 a Abs. 2 Satz 1 bis 5 SGB V nicht zu Stande und werden die Verhandlungen als gescheitert erklärt, kann der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson festgesetzt werden.
Die Aufnahme von Verhandlungen erfolgt spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Inkrafttreten der Kündigung und Aufforderung zu Verhandlungen.
- 2) Die Schiedsperson ist für jedes Festsetzungsverfahren neu zu bestellen. Kommt zwischen den Vertragsparteien keine Einigung über die nach Satz 1 zu bestellende Schiedsperson innerhalb von zwei Monaten nach Beginn der hierzu aufgenommenen Gespräche zu Stande, ist diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu bestimmen. Das Amt beginnt, wenn sich die Schiedsperson gegenüber den Vertragspartnern schriftlich zur Amtsübernahme bereit erklärt hat. Das Amt endet, wenn die Vertragsfestsetzung verbindlich geworden ist.
- 3) Die Schiedsperson wird auf Antrag eines der an ihrer Bestellung beteiligten Vertragspartner tätig; sie hat die verfahrensbeteiligten Vertragspartner jeweils mit einer Frist von mindestens vier Wochen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufzufordern und zu einer ersten mündlichen Anhörung einzuladen. Im Anhörungstermin hat sie auf eine gütliche Einigung hinzuwirken. Falls eine solche nicht innerhalb von vier Wochen zu Stande kommt, unterbreitet die Schiedsperson im Anschluss an einen weiteren Anhörungstermin einen schriftlichen Einigungsvorschlag. Wird der Einigungsvorschlag von den Vertragspartnern nicht innerhalb von vier Wochen nach seinem Zugang angenommen, bestimmt die Schiedsperson einen Termin zur mündlichen Verhandlung zur Festsetzung der Vertragsinhalte.
- 4) Bei der Vertragsfestsetzung ist die Schiedsperson an die von den Verfahrensbeteiligten gestellten Anträgen gebunden. Vertragsinhalte und Vergütungssysteme, die bisher nicht Gegenstand von Verhandlungen waren, sind nur dann Gegenstand einer Festsetzung, wenn die Vertragspartner insoweit ihr Einverständnis erklären.
- 5) Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Die Erstattung eigener Kosten der Vertragspartner entfällt.

§ 35 Beendigung des Vertrages

- 1) Das Vertragsverhältnis endet, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf
 - a) mit Einstellung des Geschäftsbetriebes,
 - b) mit dem Tod des Trägers (Fall eines einzelunternehmerisch betriebenen Pflegedienstes) *) oder

- c) mit dem Wechsel der Trägerschaft des Leistungserbringers (z. B. durch Veräußerung des Palliativdienstes).
- 2) Ein zu Beendigung des Vertrages führender Trägerwechsel liegt nicht vor bei Übertragung von Beteiligungen des Trägers, der Aufnahme von Gesellschaften und Gesellschaftsaustritten. Den Kostenträgern steht jedoch in diesen Fällen ein Sonderkündigungsrecht entsprechend § 32 Abs. 2 dann zu, wenn hierdurch die nach diesem Vertrag erforderlichen Strukturvoraussetzungen nicht nur vorübergehend entfallen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von drei Monaten.

***) Protokollnotiz**

**§ 36
In-Kraft-Treten, Kündigung**

- 1) Dieser Vertrag tritt einschließlich seiner Anlagen am _____ in Kraft.
- 2) Der Vertrag kann zum Ende eines Kalendervierteljahres mit dreimonatiger Frist durch eingeschriebenen Brief von und gegenüber jedem Vertragspartner einzeln gekündigt werden. Die Kündigung von oder gegenüber einem Vertragspartner lässt die Wirksamkeit des Vertrages im Verhältnis zu den übrigen beteiligten Vertragspartnern unberührt.
- 3) Abweichend von Abs. 2 gilt für die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 6 die dort vorgesehene besondere Kündigungsregelung.

**§ 37
Änderungen und Ergänzungen**

Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.

**§ 38
Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll dann eine Vereinbarung treten, die dem Zweck, der mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt wird, am nächsten kommt.

Protokollnotiz zu § 3 Abs. 1 Buchstabe f):

Die Zusammenarbeit mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe f) ist spätestens innerhalb von 3 Monaten nach der erstmaligen Bekanntgabe einer entsprechenden Liste für die Region, in der der Leistungserbringer seinen Sitz hat, sicherzustellen. Die Bekanntgabe erfolgt entweder durch die Landesverbände der Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bzw. Westfalen-Lippe. Der Nachweis der Zusammenarbeit mit ei-

nem qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe f) ist unaufgefordert der zuständigen Stelle zuzusenden. In der Übergangszeit ist die Zusammenarbeit mit einem/r palliativmedizinisch erfahrenen Arzt/Ärztin der zuständigen Stelle nachzuweisen.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1:

Die Weiterbildung hat inhaltlich den Vorgaben des Basiscurriculum Palliativ Pflege des Vereins zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V., Pallia Med Verlag, Bonn, zu entsprechen.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 2:

Hat der Leistungserbringer nur 4 Vollzeitkräfte nach § 4 Abs. 2 und scheidet eine Voll- oder Teilzeitkraft, die sozialversicherungspflichtig beim Leistungserbringer beschäftigt war, aus, ist der Leistungserbringer verpflichtet, innerhalb von neun Monaten nach Ausscheiden der Pflegefachkraft nach § 4 Abs. 2 die Beschäftigung einer neuen Voll- bzw. Teilzeitkraft nach § 4 Abs. 2 nachzuweisen, da andernfalls § 32 Abs. 2 Anwendung findet. Befindet sich die neue Pflegefachkraft noch in der palliativpflegerischen Weiterbildung (vgl. § 4 Abs. 1 2. Absatz), sind die von ihr erbrachten Leistungen nur nach diesem Vertrag abrechnungsfähig, wenn diese Pflegefachkraft innerhalb der letzten 5 Jahre über eine mindestens einjährige berufspraktische Erfahrungszeit in Vollzeit im palliativpflegerischen Bereich verfügt und der zuständigen Stelle nachgewiesen hat. Bei einer ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung (min. 18 Stunden wöchentlich) verlängert sich die einjährige berufspraktische Erfahrungszeit entsprechend. Die zuständige Stelle informiert den Träger, ab welchem Zeitpunkt eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag durch die o.g. Pflegefachkraft erfolgen kann. Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist in diesem Falle frühestens mit Vorliegen der o.g. Nachweise bei der zuständigen Stelle möglich. Andernfalls sind die erbrachten Leistungen nur nach dem mit der entsprechenden Krankenkasse vereinbarten Vertrag über die Erbringung häuslicher Krankenpflege nach § 132a Abs. 2 SGB V abrechnungsfähig. Es findet § 5 Abs. 4 und § 6 Abs. 2 Anwendung.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 3:

Die leitende Pflegefachkraft nach § 4 Abs. 3 kann entweder die Pflegedienstleitung bzw. bei großen Pflegediensten die für den Palliativbereich zuständige Teamleitung sein. Für die stellvertretende Pflegefachkraft gilt dies entsprechend.

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 2:

Bei der Entscheidung ist auch auf die persönliche Eignung der verantwortlichen Pflegefachkräfte abzustellen. Insbesondere bei vorausgegangener schwerer oder wiederholter Rechtsverletzung ist den Krankenkassen die Gründung eines Vertragsverhältnisses nicht zuzumuten.

Protokollnotiz zu § 21 Abs. 1:

Es sind die zwischen den Landesverbänden der Kranken-/Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für den SGB XI-Bereich abgestimmten Schnellbegutachtungsbögen (SGB V/SGB XI) zu verwenden.

Protokollnotiz zu § 35 Abs. 1 Buchstabe b):

Im Falle des Todes des Trägers ist der Erbe berechtigt, - sofern die Leistungen entsprechend diesem Vertrag erbracht werden - die folgenden 2 Kalendermonate mit den vertragsschließenden Krankenkassen abzurechnen.

Anlagen:

1. Strukturhebungsbogen (§ 5 Abs. 1 Buchstabe a)
2. Nachweis/Handzeichenliste der zzt. beschäftigten Mitarbeiter (§ 5 Abs. 1 Buchstabe b)
- 2a. Nachweis/Handzeichenliste der Ehrenamtlichen (§ 5 Abs. 1 Buchstabe m)
3. Inhalt der Leistungen (§ 8)
4. Qualitätssicherung (§ 11 ff.)
5. Leistungsnachweis (§ 19)
6. Vergütungsvereinbarung (§ 22)
7. Auswertungsbögen (§ 33)

, Bochum, Dresden, Düsseldorf, Essen, Kassel, den 17.01.2018

Träger der Pflegeeinrichtung

AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse

Andreas Woggon

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK classic

Knappschaft

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Anlage 1 zum Vertrag vom 17.01.2018 (§ 5 Abs. 1 Buchstabe a)

Strukturerhebungsbogen

zum Vertrag über die Erbringung ambulanter palliativpflegerischer Versorgung gemäß §132 a Abs. 2 SGB V

An die zuständige Stelle

Sollten sich bezüglich der nachfolgenden Angaben zu 1 - 5 Änderungen ergeben, werden diese den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen unverzüglich mitgeteilt.

1) Angaben zum ambulanten palliativpflegerischen Dienst

1.1 Name des ambulanten palliativpflegerischen Dienstes _____

Straße _____

Postfach _____

PLZ/Ort _____

Geschäftsführer/in _____

Name der
verantwortlichen Pflege-
fachkraft/Pflegedienstleitung
(PDL)

Name der stellvertretenden
Pflegedienstleitung (PDL)

Telefon-Nr./Telefax

E-Mail

Internet

IK
(§ 5 Abs. 1 Buchstabe f))

Betriebsnummer
(wird von der zuständigen Kranken-
kasse zur Abführung der Arbeit-
geberbeiträge vergeben).

1.2 Träger der Einrichtung:

Rechtsform

Gesetzlicher Vertreter/Funktion

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon-Nr.

Telefax-Nr.

Bei juristischen Personen bitte den Auszug aus dem Handelsregister beifügen

2) Pflegedienstleitung/stellvertretende Pflegedienstleitung (§ 4)

2.1 Bitte Namen und Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) angeben:

(Bitte Fotokopien der Anmeldung zur Sozialversicherung, der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, Nachweis der Weiterbildung für leitende Funktionen von mindestens 460 Stunden, Nachweis der Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden und sonstiger erworbener Zusatzqualifikationen beifügen. Bitte eine Bestätigung des Trägers beifügen, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag (§ 4 Abs. 2) abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.

2.2 wie 2.1 (aber stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft [Pflegedienstleitung])

(Bitte Fotokopien der Anmeldung zur Sozialversicherung, der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, Nachweis der Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden und ggf. der sonstigen erworbenen Zusatzqualifikationen beifügen. Bitte eine Bestätigung des Trägers beifügen, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag (§ 4 Abs. 2) abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.

2.3 Bitte Namen und Qualifikation der verantwortlichen Teamleitung der Palliativ-Care-Einheit angeben (§ 4 Abs. 3)

(Bitte Fotokopien der Anmeldung zur Sozialversicherung, der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, Nachweis der Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden und ggf. der sonstigen erworbenen Zusatzqualifikationen beifügen. Bitte eine Bestätigung des Trägers beifügen, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag (§ 4 Abs. 2) abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.

2.4 Berufserfahrung

Die zu 2.1 und 2.2 genannten Personen haben eine mindestens zweijährige Berufserfahrung innerhalb der letzten fünf Jahre nach Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in Vollzeitbeschäftigung nachzuweisen (bitte Zeiten der Tätigkeit incl. wöchentlicher Arbeitszeit sowie Namen der Einrichtungen angeben und entsprechende Nachweise beifügen):

a) für die verantwortliche Pflegefachkraft

b) für die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

(Bitte die Ablichtung eines Auszuges aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (Führungszeugnis) für die verantwortliche und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft beifügen)

2.5 Die vollständig ausgefüllten Anlagen 2 und 2 a des Vertrages inkl. Unterlagen sind beigelegt.

3.1 Eine qualitativ ausreichende, gleichmäßige und konstante palliativpflegerische Versorgung bei den betreuten Patienten wird gewährleistet.

ja / nein

3.2 Eine Versorgung der Versicherten „rund-um-die-Uhr“ auch an Wochenenden und Feiertagen sowie die ständige Erreichbarkeit der Pflegefachkräfte (§ 4 Abs. 1) ist sichergestellt.

ja / nein

bei ja, wie:

3.3 Folgende Nachweise sind beizufügen:

3.3.1 Nachweis von mindestens 15 geschulten ehrenamtlichen Helfern nach § 4 Abs. 7

3.3.2 Nachweis der Zusammenarbeit mit einem/r qualifizierten Palliativarzt /-ärztin nach § 3 Abs. 1 Buchstabe f)

3.3.3 Kooperationsvertrag/-verträge entsprechend § 7

- 3.3.4 Unterlagen zu einer auf den Palliativdienst abgestimmten Strukturqualität (Pflegeleitbild, Pflegekonzept, Muster einer Pflegedokumentation, Stellenbeschreibung, Einarbeitungs-, Fortbildungs- und Weiterbildungs- sowie ein Dienst- und Einsatzplankonzept, die die ambulante palliativpflegerische Versorgung zum Schwerpunkt haben), § 5 Abs. 1 Buchstabe j)
- 3.3.5 Eine schriftliche Bestätigung, dass die Unterlagen nach Ziffer 3.3.4 im Dienst umgesetzt und weiterentwickelt werden (§ 5 Abs. 1 Buchstabe k)
- 3.3.6 Muster eines Pflegevertrages (§ 29)
- 3.3.7 Die Bestätigung des Gesundheitsamtes, aus der hervorgeht, dass die Aufnahme der Tätigkeit dort angezeigt wurde (§ 5 Abs. 1 Buchstabe i))
- 3.3.8 Nachweis über die Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (§ 5 Abs. 1 Buchstabe d))
- 3.3.9 Eine ausreichende Versicherung für Personen, Sach- und Vermögensschäden in Höhe von mindestens 1,5 Mio. Euro sowie eine erweiterte Betriebshaftpflichtversicherung für etwaige Behandlungsfehler (§ 5 Abs. 1 Buchstabe c)) ist beigefügt
- 3.4 Ein eigenständiger Telefonanschluss mit Anrufbeantworter oder Anrufweberschaltung ist vorhanden
- ja / nein
- 3.5 Kraftfahrzeuge sind vorhanden
- ja / nein
- 3.6 Materialien und Geräte entsprechend § 9 sind vorhanden
- ja / nein
4. Leistungsspektrum (§ 8/Anlage 3)
- psychosoziale Betreuung
- delegierte ärztliche Leistung, wie z.B. die Punktion von Portsystemen oder die Gabe von IV-Infusionen sowie subkutane Infusionen mit Medikamenten

- Behandlungspflege
 - Grundpflege SGB V
 - Pflegeleistungen SGB XI
 - hauswirtschaftliche Versorgung
 - Sonstiges:
-
-

5. Vertragsbeginn

Der Vertrag soll am wirksam werden.

(Der Vertrag kann frühestens 4 Wochen nach Vorliegen der vollständigen Unterlagen wirksam werden)

Durch nachstehende Unterschrift(en) bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und der beigefügten Unterlagen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Trägers

Nachweis der zur Zeit beschäftigten/tätigen Pflegefachkräfte - Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen

Name und Anschrift des ambulanten palliativpflegerischen Dienstes

Name, Vorname	Anschrift (PLZ, Ort, Straße) freiwillige Angabe	Qualifikation *)	wöchentl. Arbeitszeit (in Std.)	Beschäftigungsbeginn	Unterschrift des Mitarbeiters	Handzeichen
---------------	----------------------------------------------------	------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------------------	-------------

Pflegedienstleitung **seit:**

--	--	--	--	--	--	--

stellvertretende Pflegedienstleitung **seit:**

--	--	--	--	--	--	--

weitere Pflegefachkräfte, die palliativpflegerische Leistungen (vgl. Anlage 3) erbringen

*) Den Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung sowie Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung und Nachweis der Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden bitte jeweils beifügen. Bitte eine Bestätigung des Trägers beifügen, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag (§ 4 Abs. 2) abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.

Datum

Stempel und Unterschrift des Trägers

Anlage 2a zum Vertrag vom 17.01.2018 (§ 5 Abs. 1 Buchstabe m)

Nachweis der Ehrenamtlichen nach § 7

Name, Vorname, Geb.	Beginn der Tätigkeit	Ende der Tätigkeit	Handzeichen

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Trägers

Anlage 3 zum Vertrag vom 17.01.2018 (§ 8)

Inhalt der Leistungen / Leistungsbeschreibung

Die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung sind insbesondere:

- Psychosoziale Betreuung
- Grundpflege/Pflegeleistungen (SGB XI)
- Delegierte ärztliche Leistungen, wie z. B. die Punktion von Portsystemen oder die Gabe von IV-Infusionen sowie subkutane Infusionen mit Medikamenten
- Behandlungspflege entsprechend den Richtlinien über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V

Maßnahmen zur Erbringung der Leistungen dieses Vertrages sind:

- Überwachung einer symptomlindernden Behandlung und/oder Hilfestellung bei der Anwendung von symptomlindernden Medikamenten oder anderen Maßnahmen zur Symptomlinderung
- Palliativpflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten bei krankheits- oder therapiebedingten Komplikationen
- Gemeinsame Krisenintervention (ärztlich und pflegerisch), um den Verbleib im häuslichen Umfeld zu sichern
- Antizipative Krisenintervention durch vorausschauende Pflegeplanung im Umgang mit vorhersehbaren Akutsituationen und/oder ethisch schwierigen Entscheidungssituationen
- Umfassende Versorgung exulzierender Tumore (z. B. zur Reduktion der Blutungsgefahr und Wundinfektion)
- Überwachung von apparativen palliativmedizinischen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Hilfe beim Umgang mit der Krankheit.
- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- Anleitung bzw. Beratung von Patienten, Angehörigen zur Durchführung von Behandlungspflegen
- Beratungsgespräche zwischen Arzt und Pflegedienst beim Einsatz und bei der Anwendung spezieller palliativpflegerischer Maßnahmen.

Anlage 4 zum Vertrag vom 17.01.2018 (§ 11 Abs. 2)

Qualitätssicherung

Es gelten die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung, soweit dieser Vertrag keine anderweitige Regelung vorsieht.

Anlage 5 zum Vertrag vom 17.01.2018 (§19)

Name/Anschrift des Leistungserbringers:

IK des Leistungserbringers:

	1	2	3	3	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		
Uhrzeit/Beginn:																																	
hier																																	
Leistungen																																	
einfügen:																																	
Handzeichen:																																	

Die Leistungen wurden erbracht

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters

_____ Unterschrift der Pflegedienstleitung bzw.
Teamleitung der Palliativ-Care-Einheit