**Vergütungsvereinbarung zur**

**Gesundheitlichen Versorgungsplanung**

**für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V**

AC/TK (einrichtungsindividuell)

**zwischen**

AOK Baden-Württemberg

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

BKK Landesverband Süd

IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus,

IKK Nord, IKK Südwest

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als

Landwirtschaftliche Krankenkasse Kassel

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion München

**nachfolgend „Kostenträger“ genannt**

**und**

NAME DES EINRICHTUNGSTRÄGERS

**nachfolgend „Einrichtungsträger“ genannt**

wird für die Pflegeeinrichtung(en)/Einrichtung(en) der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (Name, Anschrift, IK-Nr.[[1]](#footnote-1)):

NAME, ANSCHRIFT, IK-NR

folgende Vergütungsvereinbarung nach § 132g SGB V geschlossen:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Schreibform gewählt. Diese wird stellvertretend für die Bezeichnung aller Geschlechter verwendet.

**Präambel**

Die Etablierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung setzt einen Organisationsentwicklungsprozess in den Einrichtungen voraus. Hierbei geht es um die Einbindung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in die Strukturen und Prozesse der Einrichtung. Die Leistungen nach § 132g SGB V sind im Sinne der Zielsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 2 der Bundesvereinbarung in die Gesamtstruktur und konzeptionelle Ausrichtung der Einrichtung einzubinden. Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist auch ein Bestandteil zur (Weiter-)Entwicklung der Hospiz- und Palliativkultur innerhalb der Einrichtungen. Die Leistungsinhalte sind in der Bundesvereinbarung geregelt.

**§ 1**

**Vergütungsanspruch**

Ein Vergütungsanspruch des Einrichtungsträgers besteht für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, wenn die Erfüllung der Anforderungen der „Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017“ (nachfolgend „Bundesvereinbarung“ genannt) schriftlich durch Anlage 1 der Bundesvereinbarung (Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Bundesvereinbarung) gegenüber der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband der Krankenkasse nachgewiesen wurden.

**§ 2**

**Vergütungsfähige Leistung**

1. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung/Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bietet den leistungsberechtigten Versicherten nach § 3 der Bundesvereinbarung eine qualifizierte Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an (mehrere Beratungsgespräche, ggf. Fallbesprechungen, Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich Willensäußerung, interne und externe Vernetzung). Leistungsberechtigte haben Anspruch, dieses Angebot wahrnehmen zu können. Die Inanspruchnahme ist für die Leistungsberechtigten freiwillig. Das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung richtet sich grundsätzlich an alle Leistungsberechtigte der Einrichtung und wird jedem unterbreitet. Für eine barrierefreie Kommunikation entsprechend des individuellen Bedarfs ist von der Einrichtung Rechnung zu tragen.
2. Zielsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist die Ermöglichung und Unterstützung einer selbstbestimmten Entscheidung des Bewohners über individuelle Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen. Dies kann dazu dienen besser vorbereitet zu sein, die Krankheitssituation besser anzunehmen, ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu bewahren und damit Autonomie und Lebensqualität zu fördern. An- und Zugehörige bzw. Bevollmächtigte erhalten auf Wunsch des Bewohners die Möglichkeit in die Beratung mit einbezogen zu werden. Versicherte einer privaten Krankenversicherung (PKV-Versicherte) sind von dieser Vergütungsvereinbarung nicht erfasst und entsprechende Versorgungsplanungen können auch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.
3. Bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist die doppelte Inanspruchnahme auszuschließen. Bei der Ermittlung der potenziell Leistungsberechtigten stellt der Einrichtungsträger der Eingliederungshilfeeinrichtung sicher, dass Leistungsberechtigte nur einmal berücksichtigt werden. Dies legt die Einrichtung in ihrer Konzeption dar. Soweit Leistungsberechtigte das Angebot in einer teilstationären Einrichtung, die nicht dem Wohnen dient, in Anspruch nehmen möchten, befragt die Einrichtung vor Beginn der Leistung den Leistungsberechtigten zu einem anderweitigen Angebot in seiner Wohneinrichtung. Wird ein solches anderweitiges Angebot von dem Leistungsberechtigten bejaht, führt die Einrichtung, die nicht die Wohneinrichtung ist, das Angebot in Bezug auf diesen Leistungsberechtigten nicht durch und erhält insoweit keine Vergütung.

**§ 3**

**Bewohnerpauschale**

1. Die Berechnung der Pauschale erfolgt nach § 15 der Bundesvereinbarung und beträgt monatlich EUROBETRAG Euro/pro Leistungsberechtigtem.
2. Mit der Pauschale sind die notwendigen Kosten (Personal-, Sach-, Overhead- und Regiekosten) der Einrichtung zur Erbringung der Leistung abgegolten.
3. Im Zuge von prospektiven Verhandlungen, werden zum Zeitpunkt der Verhandlungen bekannte Tariferhöhungen oder zum Zeitpunkt der Verhandlungen bekannte Gehaltserhöhungen bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie bereits vereinbarte tariflich begründete Gehaltserhöhungen oder bereits vereinbarte Gehaltserhöhungen bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen berücksichtigt.

**§ 4**

**Qualifikation der Berater**

1. Die notwendige Weiterbildung der Berater ist in zwei Teile gegliedert (vgl. § 12 der Bundesvereinbarung). Nach Mitteilung über den erfolgreichen Abschluss von Teil 1 der Weiterbildung gegenüber der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband der Krankenkassen ist der Einrichtungsträger berechtigt, die Bewohnerpauschale monatlich abzurechnen. Aus dem Nachweis müssen eindeutig die Inhalte und Anzahl der Unterrichtseinheiten der Weiterbildung (gemäß den qualitativen und quantitativen Anforderungen der Bundesvereinbarung) hervorgehen. Der Einrichtungsträger muss in der Regel innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung des Teil 1 gegenüber der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband der Krankenkasse nachweisen, dass der Berater den Teil 2 der Weiterbildung abgeschlossen hat. Sofern im Einzelfall der Zeitraum überschritten wird, kann im gegenseitigen Einvernehmen der Zeitraum verlängert werden, wenn Teil 2 bereits innerhalb der letzten zwölf Monate begonnen wurde. Sofern der Nachweis nicht erfolgt, ist der Einrichtungsträger nicht mehr berechtigt, entsprechend § 12 Absatz 7 der Bundesvereinbarung, Beratungsleistungen zu erbringen und abzurechnen.
2. Soweit bereits eine Weiterbildung abgeschlossen wurde, die qualitativ und quantitativ den Anforderungen der Bundesvereinbarung entspricht, gilt die Weiterbildung als erfüllt. Dies ist der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband der Krankenkasse zur Prüfung nachzuweisen.

**§ 5**

**Leistungsnachweis**

1. Die Einrichtung hat zeitnah nach Abschluss des Beratungsprozesses nach § 8 der Bundesvereinbarung an die Krankenkasse des Versicherten den in der Anlage 2 der Bundesvereinbarung beigefügten Vordruck des Leistungsnachweises ausgefüllt zu übermitteln.
2. Die Zahlung der monatlichen Bewohnerpauschale nach § 3 der Vergütungsvereinbarung ist unabhängig von den zu übermittelnden Leistungsnachweisen.

**§ 6**

**Mitwirkung Datenerhebung**

Aufgrund der Neueinführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wurde in der Bundesvereinbarung für eine Übergangszeit eine pauschale Vergütungssystematik vorgesehen. Zur Weiterentwicklung und Überprüfung der Vergütungssystematik haben sich die Vereinbarungspartner der Bundesvereinbarung auf eine parallele Datenerhebung bei den teilnehmenden Einrichtungen durch ein externes Institut verständigt. Die Einrichtung ist verpflichtet, an der Erhebung nach § 16 der Bundesvereinbarung mitzuwirken.

**§ 7**

**Abrechnung**

1. Für die Abrechnung gilt § 17 der Bundesvereinbarung.
2. Die Rechnungslegung erfolgt versichertenbezogen und grundsätzlich monatlich. Sie ist bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. Die Krankenkassen sind zur Rechnungsbegleichung nur verpflichtet, sofern eine versicherungs-, leistungs- und vertragsrechtliche Anspruchsberechtigung gegeben ist.
3. Ab 01.01.2020 soll die Abrechnung maschinell erfolgen. Davon abweichende Übergangsregelungen sind längstens bis 31.12.2021 möglich.
4. Die Rechnung muss folgende Mindestangaben enthalten:

* Name des Versicherten:
* Vorname:
* Geburtsdatum:
* Rechnungsdatum:
* Angabe der Rechtsgrundlage und Leistungsbezeichnung: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V
* Zeitraum der Leistungsabrechnung:
* Rechnungsbetrag:
* Rechnungsnummer:
* Institutionskennzeichen:
* KV-Nr. des Versicherten:
* AT/CK:
* Abrechnungspositionsnummer:

1. Überträgt der Einrichtungsträger die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Es sind der Beginn und das Ende der Abrechnung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Außerdem ist eine Erklärung des Einrichtungsträgers beizufügen, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der Einrichtungsträger ist verpflichtet dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkasso-Vollmacht oder Abtretungserklärung mehr besteht. Das Ende der Abrechnung ist den Krankenkassen schriftlich durch die Abrechnungsstelle oder den sonstigen Forderungsinhaber zu bestätigen.
2. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der datenschutzrechtlichen Geeignetheit sowie der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit durch den Einrichtungsträger auszuwählen.
3. Ist der Leistungsberechtigte nur für einen Teil des Monats in der Einrichtung (z. B. Einzug, Umzug, Auszug, Rehabilitations- und Krankenhausaufenthalt, Tod) wird die volle Pauschale für diesen Monat bezahlt.
4. Bei einem Wechsel der Einrichtung im Laufe des Monats (Umzug) kann nur die Einrichtung, die der Leistungsberechtigte verlässt, die Pauschale abrechnen. Diese kann für den betreffenden Monat die volle Pauschale abrechnen.
5. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Rechnungsunterlagen bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle.

**§ 8**

**Vertragsanpassungen**

1. Ergeben sich Änderungen (z. B. Platzzahländerungen, Wechsel der Beratungsperson) in der Einrichtung ist Anlage 1 der Bundesvereinbarung unverzüglich zu aktualisieren und der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband der Krankenkasse zu übermitteln. Die Vereinbarungspartner prüfen, ob daraufhin diese Vergütungsvereinbarung angepasst werden muss.
2. Das Ausscheiden der Beratungsperson ist der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Eine Abrechnung der Bewohnerpauschale ist ab Ausscheiden der Beratungsperson nicht mehr möglich.
3. Wirken Rechtsänderungen oder Änderungen der Bundesvereinbarung auf die Inhalte dieser Vergütungsvereinbarung, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Verhandlungen zur eventuellen Anpassung dieser Vergütungsvereinbarung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

**§ 9**

**Folge von Vertragsverstößen**

1. Erfüllt der Einrichtungsträger die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, kann er von den Kostenträgern nach Anhörung schriftlich verwarnt werden. Die Kostenträger setzen eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Einrichtungsträger fest.
2. Die Krankenkassen sind berechtigt, überzahlte Beträge zurückzufordern.
3. In Folge von schwerwiegenden Vertragsverstößen (insbesondere wiederholte oder vorsätzliche Abrechnung nicht vertragsgemäß erbrachter Leistungen oder Nicht-Bezahlung abgerechneter Leistungen) durch eine Vertragspartei kann die Vergütungsvereinbarung von der jeweils anderen Vertragspartei sofort - ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist - gekündigt werden, sofern ein Festhalten an der Vergütungsvereinbarung nicht zumutbar ist.

**§ 10**

**Kündigung**

1. Die Vergütungsvereinbarung kann ordentlich von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
2. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieser Vergütungsvereinbarung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
3. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
4. Unbenommen besteht das Recht der Vereinbarungspartner, die Vergütungsvereinbarung einvernehmlich zu ändern.

**§ 11**

**Laufzeit**

Diese Vergütungsvereinbarung wird für die Zeit vom DATUM bis DATUM geschlossen. Nach Ablauf dieses Zeitraumes gilt die Vergütungsvereinbarung bis zum Inkrafttreten einer neuen Vergütungsvereinbarung weiter.

**§ 12**

**Salvatorische Klausel**

1. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vergütungsvereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vergütungsvereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Änderungen und Ergänzungen der Vergütungsvereinbarung bedürfen der Schriftform.
2. Absatz 1 gilt entsprechend für den Fall, dass sich die Vergütungsvereinbarung als lückenhaft erweist.

Ort, Datum

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Für den Einrichtungsträger der Pflegeeinrichtung(en)/Einrichtung(en) der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung:  Name des Einrichtungsträgers |  | | |
| Für die Kostenträger:  AOK Baden-Württemberg | |  | SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse | |
| BKK Landesverband Süd  vertreten durch die IKK classic | |  | IKK classic auch in Vertretung der im Rubrum genannten anderen Innungskrankenkassen | |
| Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  als Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen der Ersatzkassen – vdek-Pflegesatzverhandler(in) | |  | KNAPPSCHAFT  Regionaldirektion München | |

1. sofern noch nicht vorhanden, muss die Nummer innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss der Vergütungsvereinbarung nachgereicht werden [↑](#footnote-ref-1)