**VERTRAG**

**für vollstationäre Pflegeeinrichtungen**

**und Leistungsbezieher nach SGB XI / SGB XII sowie Privatzahler**

Zwischen dem Altenzentrum Clara-Stift gGmbH, Mollstraße 18, 59348 Lüdinghausen

als Träger des Altenheimes Clara-Stift Seppenrade

vertreten durch den Einrichtungsleiter, Herrn Stephan Emunds

- nachstehend „Einrichtung“ genannt -

**und**

bisher wohnhaft in

- nachstehend „Bewohnerin“/ „Bewohner“ genannt -

vertreten durch

(rechtliche Betreuerin / Betreuer // Bevollmächtigte / Bevollmächtigter)

wird mit Wirkung vom 2. Feb. 2018 auf unbestimmte Zeit folgender **V e r t r a g** geschlossen:

**§ 1 Einrichtungsträger**

1. Das Altenzentrum Clara-Stift gGmbH ist ein als gemeinnützig anerkannter Rechtsträger mit dem Sitz in 59348 Lüdinghausen, Mollstraße 18.

Seine Rechtsform ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

1. Die Bewohnerin / der Bewohner respektiert die Grundrichtung der Einrichtung. Diese liegt der Konzeption der Einrichtung zugrunde.

**§ 2 Vertragsgrundlagen**

1. Die vorvertraglichen Informationen der Einrichtung nach § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) sind Vertragsgrundlage, dazu gehört insbesondere die Dar-

stellung der Wohn- und Gebäudesituation, Konzeption, Entgelte für Pflege- und Betreuungsleistung sowie die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

1. Weitere Vertragsgrundlagen sind der Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (NRW), die Vergütungsvereinbarung nach § 84 SGB XI sowie der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Soweit sie diesem Vertrag nicht in der Anlage beigefügt sind, werden sie von der Einrichtung zur Verfügung gestellt und können in der Verwaltung eingesehen werden.

**§ 3 Leistungen der Einrichtung**

(1) Die Einrichtung erbringt der Bewohnerin / dem Bewohner folgende Leistungen:

1. Unterkunft in einem Einzelzimmer.

Soweit Ihr Zimmer zusätzlich über eine Loggia verfügt, weisen wir darauf hin, dass diese nicht barrierefrei im Sinne § 1 WTG-DVO ist, da eine kleine Stufe vorhanden ist.

Wenn Sie aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht in der Lage sind, die Loggia zu nutzen, bitten wir Sie, diese aus Sicherheitsgründen nicht zu betreten.

b) Verpflegung in folgendem Umfang:

- Normalkost: Frühstück

Mittagessen

Nachmittagskaffee

Abendessen

Zwischenmahlzeiten

- Bei Bedarf: leichte Vollkost oder

Diät- bzw. Schonkost nach ärztlicher Anordnung

* sowie eine ausreichende jederzeit erhältliche Getränkeversorgung   
  (z.B.: Kaffee, Tee, Mineralwasser und Saft)

1. Dem Pflegebedarf sowie dem Gesundheitszustand der Bewohnerin / des Bewohners entsprechende Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) einschließlich der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege entsprechend dem Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (NRW).

Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passt die Einrichtung ihre Leistungen dem veränderten Bedarf an.

1. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner gem. § 43 b SGB XI.

e) Regelmäßige Reinigung des überlassenen Wohnraumes.

f) Überlassung, Reinigung und Instandhaltung von Bettwäsche und Handtüchern.

1. Waschen der maschinenwaschbaren persönlichen Bekleidung über einen Dienst- leister.

h) Haustechnik und Verwaltung (z.B. Unterstützung bei der Abwicklung und Abrechnung von Dienstleistern, z.B. Friseur) im notwendigen Umfang.

i) Bereitstellung von Inkontinenzmitteln, soweit erforderlich und von der Krankenversicherung nicht zur Verfügung gestellt.

1. Die Gemeinschaftsräume und -einrichtungen stehen der Bewohnerin / dem Bewohner zur Mitbenutzung zur Verfügung.
2. Die Einrichtung übergibt der Bewohnerin / dem Bewohner auf Wunsch einen Zimmer-schlüssel.

Die Anfertigung weiterer Schlüssel ist nicht erlaubt.

Der Verlust von Schlüsseln ist umgehend der Einrichtungsleitung zu melden. Die Ersatzbeschaffung erfolgt durch die Einrichtungsleitung; bei Verschulden der Bewohnerin / des Bewohners, auf ihre / seine Kosten. Alle Schlüssel sind Eigentum der Einrichtung. Bei Beendigung des Vertragsverhältnisses hat die Bewohnerin / der Bewohner die Schlüssel vollzählig an die Einrichtungsleitung zurückzugeben.

(4) Es gilt die freie Arzt- und Apothekenwahl, erforderlichenfalls ist die Einrichtung der Bewohnerin / dem Bewohner bei der Vermittlung dieser Leistungen behilflich.

### § 4 Leistungsentgelt

1. Die Leistungsentgelte für die Leistungen gem. § 3 dieses Vertrages richtet sich nach den mit den Kostenträgern (zuständigen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) getrof- fenen Vergütungsvereinbarungen.
2. Die Bemessung des Leistungsentgeltes entspricht der Zuordnung des Bewohners / der Bewohnerin in einen Pflegegrad durch die jeweilige Pflegekasse*.* Es erfolgt eine monatliche Abrechnung auf der Basis von 30,42 Tagen pro Monat.

Die Leistungsentgelte betragen bei Vertragsabschluss täglich / monatlich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **täglich** | **monatlich**  **(bei Ø 30,42Tage)** |
| 1. für Pflege im Sinne des § 43 SGB XI   im Pflegegrad | 52,64 € | 1.601,31 € |
| 1. für Unterkunft | 20,54 € | 624,83 € |
| 1. für Verpflegung | 15,81 € | 480,94 € |
| 1. Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI und der dazu ergangenen Ausführungsvorschriften (teilweise öffentliche Förderung):   Einzelzimmer | 16,93 € | 515,01 € |
| 1. Umlagebetrag nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung (AltPflAusglVO) im Sinne von § 82 a Abs. 3 SGB XI | 3,69 € | 112,25 € |
| **Gesamt Leistungsentgelt** | **109,61 €** | **3.334,34 €** |

Gesetzlich versicherte Bewohnerinnen / Bewohner erhalten Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung; entsprechend Ihrem Pflegegrad z.Zt. €/mtl**.**

Nachrichtlich:

Der ab Pflegegrad 2 geltende einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Sinne des SGB XI wurde auf  € je Monat (Basis 30,42 Tage) ermittelt. Dieser Betrag ist kein Vergütungsbestandteil, sondern beziffert den von Ihnen zu leistenden, in allen Pflegegraden gleich hohen Zuzahlungsbetrag für das Entgelt für die Pflege nach Abs. 2 a.

Bei Ein- bzw. Austritt im laufenden Monat wird auf Basis der vereinbarten täglichen Entgeltbestandteile (Pflege, Ausbildungsumlage, Verpflegung Unterkunft, Investitionsaufwendungen) abgerechnet.

1. Wird die Bewohnerin / der Bewohner ausschließlich und nicht nur vorübergehend einschließlich der Flüssigkeitsversorgung durch Sondenernährung auf Kosten Dritter (z.B. Krankenversicherung) versorgt, verringert sich das Entgelt für Verpflegung um die ersparten Aufwendungen. Entsprechend der am 27. Jul. 2017 getroffenen Vergütungsvereinbarung, werden z.Zt. 5,27 € täglich von dem in Abs. 2c genannten Entgelt für Verpflegung abgezogen.
2. Das Entgelt für die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen wird gem. §§ 10 Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW), 12 Abs. 6 und 14 Abs. 2 Durchführungsverordnung zum APG (APG DVO) bei monatlicher Abrechnung auf Basis von 30,42 Tagen berechnet. Das Entgelt ist auch bei vorübergehender Abwesenheit in voller Höhe zu entrichten.
3. Bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für Inkontinenzmaterial fallen für Privatzahler zusätzliche Kosten i.H.v. 28,17 € € monatlich an.
4. Für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gem. § 3 Abs. 1 d) dieses Vertrages fallen für Privatzahler zusätzliche Kosten in Höhe von 157,76 € monatlich an.

§ 5 Vorübergehende Abwesenheit

1. Soweit der Pflegeplatz aufgrund eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung sowie wegen Urlaubs nicht in Anspruch genommen werden kann, ist er von der Einrichtung freizuhalten.
2. Bei vorübergehender Abwesenheit wird grundsätzlich ein Leistungsentgelt nach Maßgabe des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI (Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege) NRW berechnet.

Danach wird ab dem vierten Tag der ganztägigen Abwesenheit wegen Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationsreinrichtung sowie wegen Urlaubs ein verringertes Entgelt nach Abs. 3 berechnet. Innerhalb eines Kalenderjahres besteht Anspruch auf das verringerte Entgelt für bis zu 42 Tage. Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen verlängert sich der Abrechnungszeitraum für die Dauer dieser Aufenthalte.

1. Das Monatsentgelt wird ab dem vierten Abwesenheitstag für jeden Abwesenheitstag um 25 v.H. der täglichen Pflegevergütung (vgl. § 84 Abs. 1 SGB XI), der täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie des Umlagebetrages nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung (AltPflAusglVO) gemindert. Für die ersten drei Tage der ganztägigen Abwesenheit sind die ungekürzte Pflegevergütung, die ungekürzten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der ungekürzte Umlagebetrag nach der AltPflAusglVO zu zahlen.
2. Das Entgelt für die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen ist bei vorübergehender Abwesenheit in voller Höhe zu entrichten.

§ 6 Vertragsanpassung bei Änderung des

Pflege- oder Betreuungsbedarfs

1. Bei gesetzlich Versicherten Bewohnerinnen / Bewohnern ist die Einrichtung berechtigt, das Entgelt durch einseitige Erklärung zu erhöhen, wenn der individuelle Betreuungs- und Pflegebedarf der Bewohnerin / des Bewohners zunimmt. Die Erhöhung ist bei entsprechender Feststellung durch den Leistungsbescheid der Pflegekasse zulässig, wenn die Einrichtung die Entgelterhöhung vorab dem Bewohner / der Bewohnerin schriftlich begründet hat. In dieser Begründung sind die bisherigen und die veränderten Leistungen sowie die dafür jeweils zu entrichtenden Entgelte gegenüberzustellen. Die Erhöhung wird wirksam nach Zugang dieser Begründung bei der Bewohnerin / dem Bewohner, auch wenn im Leistungsbescheid der Pflegekasse ein früherer Zeitpunkt bestimmt wird.
2. Bei Verringerung des individuellen Betreuungs- und Pflegebedarfs wird bei gesetzlich Versicherten das Entgelt entsprechend der Feststellung im Leistungsbescheid der Pflegekasse zu dem dort genannten Zeitpunkt reduziert. Die bisherigen und die veränderten Leistungen sowie die dafür jeweils zu entrichtenden Entgeltbestandteile sind gegenüberzustellen.
3. Ändert sich bei einer Privatzahlerin / einem Privatzahler der Pflege- oder Betreuungs-

bedarf, bietet die Einrichtung eine entsprechende Anpassung der Leistungen an.

Die Einrichtung hat das Angebot zur Anpassung des Vertrages der Bewohnerin / dem

Bewohner durch Gegenüberstellung der bisherigen und der angebotenen Leistungen

sowie der dafür jeweils zu entrichtenden Entgeltbestandteile vorab schriftlich darzustel-

len und zu begründen.

§ 7 Entgelterhöhung bei Änderung der

Berechnungsgrundlage

1. Soweit sich die bisherigen Berechnungsgrundlagen der Entgeltbestandteile gem. § 4 Abs. 2 dieses Vertrages verändern, kann die Einrichtung die Zustimmung zur Erhöhung des Entgelts verlangen.

Für Bewohnerinnen / Bewohner, die Leistungen nach dem SGB XI und / oder dem SGB XII in Anspruch nehmen, gilt die aufgrund der Bestimmungen des Siebten und

achten Kapitels des SGB XI bzw. des Zehnten Kapitels des SGB XII festgelegte Höhe des Entgeltes (einschließlich des festgesetzten Umlagebetrag nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung (AltPflAusglVO)) gem. § 7 Abs. 2 WBVG als vereinbart und angemessen. Eine Erhöhung der Investitionsaufwendungen ist nur zulässig, soweit sie betriebsnotwendig und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt ist.

1. Die Einrichtung hat der Bewohnerin / dem Bewohner die beabsichtigte Erhöhung des Entgeltes schriftlich mitzuteilen und zu begründen. Aus der Mitteilung muss der Zeitpunkt hervorgehen, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgelts verlangt. In der Begründung muss sie unter Angabe des Umlagemaßstabes die Positionen benennen,

für die sich durch die veränderte Berechnungsgrundlage Kostensteigerungen ergeben und die bisherigen Entgeltbestandteile den vorgesehenen neuen Entgeltbestandteilen

gegenüberstellen. Die Bewohnerin / Der Bewohner schuldet das erhöhte Entgelt frühestens vier Wochen nach Zugang des hinreichend begründeten Erhöhungsverlangens. Die Bewohnerin / Der Bewohner muss rechtzeitig Gelegenheit erhalten, die Angaben der Einrichtung durch Einsichtnahme in die Kalkulationsunterlagen zu überprüfen.

**§ 8 Fälligkeit und Abrechnung**

(1) Das Leistungsentgelt ist jeweils im Voraus am Ersten eines Monats fällig, es ist auf das Konto des Einrichtungsträgers

Kontoinhaber: Altenzentrum Clara-Stift gGmbH

Bank: Darlehnskasse Münster eG

BIC: GENODEM1DKM

IBAN: DE33 4006 0265 0046 5692 00

zu überweisen. In dem Fall, dass die Bewohnerin / der Bewohner der Einrichtung eine Einzugsermächtigung erteilt hat, zieht diese den Entgeltbetrag zum jeweiligen Ersten eines Monats ein. Fällt dieser Tag nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag.

Abweichende Bestimmungen und Vereinbarungen mit Kostenträgern bleiben unberührt.

(2) Ergibt sich aufgrund der Abrechnung eine Differenz gegenüber dem nach Absatz 1 in Rechnung gestellten Leistungsentgelt, so ist spätestens mit der nächstfälligen Zahlung ein Ausgleich herbeizuführen. Die Aufrechnung anderer Forderungen ist nur zulässig, wenn diese unbestritten oder rechtskräftig festgestellt sind.

(3) Soweit Entgelte von öffentlichen Kostenträgern übernommen werden, wird mit diesen abgerechnet. Die Bewohnerin / Der Bewohner wird über die Höhe des übernommenen Anteils informiert.

**§ 9 Mitwirkungspflichten**

1. Die Bewohnerin / Der Bewohner ist zur Vermeidung von ansonsten möglicherweise entstehenden rechtlichen und finanziellen Nachteilen gehalten, die erforderlichen Anträge zu stellen und die notwendigen Unterlagen vorzulegen (z.B. für Leistungen nach

SGB XI, SGB XII und Pflegewohngeld in NRW). Bei fehlender oder falscher Information an die Einrichtung oder die Kostenträger drohen der Bewohnerin / dem Bewohner ansonsten Regresse.

1. Gesetzlich versicherte Bewohnerinnen / Bewohner sind insbesondere verpflichtet einen Antrag auf Einstufung und Überprüfung der Einstufung durch die Pflegekasse nach schriftlicher und begründeter Aufforderung der Einrichtung zu stellen.

Weigert sich die Bewohnerin / der Bewohner, den Antrag zu stellen, kann die Einrich-

tung ihr / ihm oder dem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der

Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berech-

nen.

Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat die Einrichtung der Bewohnerin / dem Bewohner den überzahlten Betrag unverzüglich zurück-

zuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab Zahlung des erhöhten Entgeltes

mit wenigstens 5 v.H. zu verzinsen. Das Kündigungsrecht nach § 18 dieses Vertrages bleibt unberührt.

**§ 10 Eingebrachte Sachen**

1. Im Einvernehmen mit der Einrichtungsleitung kann die Bewohnerin / der Bewohner Möbel und andere Einrichtungsgegenstände in ihr / sein Zimmer einbringen. Die von der Bewohnerin / dem Bewohner eingebrachten elektrischen, netzabhängig betriebenen Geräte werden auf ihre / seine Kosten regelmäßig durch die Einrichtung bzw. auf deren Veranlassung geprüft. Solche Geräte, die nicht verkehrssicher sind, dürfen nicht betrieben werden.
2. Persönliche Gegenstände der Bewohnerin / des Bewohners können außerhalb der zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten nur aufgrund einer besonderen schriftlichen Vereinbarung untergebracht werden.

**§ 11 Tierhaltung**

Die Haltung von Kleintieren ist möglich. Sie bedarf der Zustimmung der Einrichtungsleitung.

**§ 12 Haftung**

(1) Bewohnerin / Bewohner und Einrichtung haften einander für Sachschäden im Rahmen dieses Vertrages nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit. Die Haftung für Sachschäden aufgrund einfacher Fahrlässigkeit bei der Verletzung von wesentlichen Vertragspflichten bleibt unberührt. Im Übrigen bleibt es der Bewohnerin / dem Bewohner überlassen, eine Sachversicherung abzuschließen.

(2) Für Personenschäden wird im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gehaftet. Das gilt auch für sonstige Schäden.

**§ 13 Datenschutz**

1. Die Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen der Einrichtung sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.
2. Soweit es zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten der Bewohnerin / des Bewohners durch die Einrichtung erhoben, gespeichert, verarbeitet und an Dritte übermittelt werden. Die Einwilligungen zur Erhebung und Speicherung und zur Übermittlung bedürfen der Schriftform und sind widerruflich (Anlagen 1 bis 3).

(3) Die Bewohnerin / der Bewohner hat das Recht auf Auskunft, welche Daten über sie / ihn gespeichert sind.

**§ 14 Recht auf Beratung und Beschwerde,**

**Teilnahme an der außergerichtlichen Streitbeilegung**

1. Die Bewohnerin / Der Bewohner hat das Recht, sich bei der Einrichtung und den in der Anlage 4 genannten Stellen beraten zu lassen und sich dort über Mängel bei Erbringung der im Vertrag vorgesehenen Leistungen zu beschweren.
2. Die Bewohnerin / Der Bewohner hat Anspruch darauf, dass die Einrichtung das von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW für ihre Mitglieder in einer Selbstverpflichtung festgelegte interne und externe Beschwerdemanagement gewährleistet. Die Selbstverpflichtungserklärung ist Bestandteil dieses Vertrages und als Anlage 5 beigefügt.
3. An dem Verfahren zur außergerichtlichen Streitbeilegung nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetzt (VSBG) bei zivilrechtlichen Streitigkeiten aus diesem Vertrag nimmt die Einrichtung nicht teil.
4. Die Rechte nach § 10 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) in Hinblick auf die Kürzung des Entgeltes bei Nicht- oder Schlechtleistung bleiben unberührt.

**§ 15 Besondere Regelungen für den Todesfall**

(1) Im Falle des Todes der Bewohnerin / des Bewohners sind zu benachrichtigen:

,

     ,      

(2) Die Einrichtung stellt den Nachlass, soweit möglich, durch räumlichen Verschluss sicher.

Unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge soll der Besitz der Bewohnerin / des Bewohners an

,

     ,

ausgehändigt werden.

**§ 16 Beendigung des Vertragsverhältnisses**

1. Der Vertrag kann im beiderseitigen Einvernehmen oder durch Kündigung eines Vertragspartners beendet werden. Im Übrigen endet das Vertragsverhältnis mit dem Tod der Bewohnerin / des Bewohners.
2. Mit Beendigung des Vertrages ist das Zimmer geräumt an die Einrichtung zu übergeben.

**§ 17 Kündigung durch die Bewohnerin / den Bewohner**

1. Die Bewohnerin / Der Bewohner kann den Vertrag spätestens am drittenWerktag eines Kalendermonats zum Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen. Bei einer Erhöhung des Entgeltes ist eine Kündigung jederzeit zu dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgeltes verlangt.
2. Innerhalb von zwei Wochen nach Beginn des Vertragsverhältnisses kann die Bewohnerin / der Bewohner jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Bewohnerin/dem Bewohner erst nach Beginn des Vertragsverhältnisses eine Ausfertigung des Vertrages ausgehändigt, kann die Bewohnerin/der Bewohner auch noch bis zum Ablauf von zwei Wochen nach der Aushändigung kündigen.
3. Die Bewohnerin/der Bewohner kann den Vertrag aus wichtigem Grund jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn ihr / ihm die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist.

**§ 18 Kündigung durch die Einrichtung**

(1) Die Einrichtung kann den Vertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist zu begründen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn

1. die Einrichtung den Betrieb einstellt, wesentlich einschränkt oder in seiner Art verändert und die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses für die Einrichtung eine unzumutbare Härte bedeuten würde,
2. die Einrichtung eine fachgerechte Pflege- oder Betreuungsleistung nicht erbringen kann, weil sie eine Anpassung der Leistungen aufgrund eines Ausschlusses nach § 8 Abs. 4 WBVG nicht anbietet und ihr deshalb ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist,

oder die Bewohnerin / der Bewohner die von der Einrichtung angebotenen Anpassung der Leistungen nach § 6 Abs. 1 nicht annimmt,

1. die Bewohnerin / der Bewohner ihre / seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass der Einrichtung die Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zugemutet werden kann; dies gilt insbesondere bei gesetzlich Versicherten dann, wenn die Bewohnerin / der Bewohner ihre / seine Mitwirkungspflicht dadurch verletzt, dass sie / er trotz Aufforderung der Einrichtung nach § 9 Abs. 2 des Vertrages bei der Pflegekasse keinen Antrag auf Höherstufung stellt,

oder

1. die Bewohnerin / der Bewohner
2. für zwei aufeinanderfolgende Termine mit der Entrichtung des Entgelts oder eines Teils des Entgelts, der das Entgelt für einen Monat übersteigt, im Verzug ist

oder

b) in einem Zeitraum, der sich über mehr als zwei Termine erstreckt, mit der Entrichtung des Entgelts in Höhe eines Betrages in Verzug gekommen ist, der das Entgelt für zwei Monate erreicht.

Die Kündigung des Vertrages zum Zwecke der Erhöhung des Entgelts ist ausgeschlossen.

(2) Die Einrichtung kann aus dem Grund des Abs. 1 Nr. 3 nur kündigen, wenn sie zuvor die Bewohnerin / den Bewohner unter Bestimmung einer angemessenen Frist und unter Hinweis auf die beabsichtigte Kündigung erneut auf die Mitwirkungspflicht hingewiesen hat und der Kündigungsgrund nicht durch eine Antragsstellung entfallen ist.

(3) Die Einrichtung kann aus dem Grund des Abs. 1 Nr. 4 nur kündigen, wenn sie zuvor dem Bewohner unter Hinweis auf die beabsichtigte Kündigung erfolglos eine angemessene Zahlungsfrist gesetzt hat. Ist die Bewohnerin / der Bewohner in den Fällen des Abs.1 Nr. 4 mit der Entrichtung des Entgelts in Rückstand geraten, ist die Kündigung ausgeschlossen, wenn die Einrichtung vorher befriedigt wird. Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Einrichtung bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Eintritt der Rechtshängigkeit des Räumungsanspruchs hinsichtlich des fälligen Entgelts die Einrichtung befriedigt wird oder eine öffentliche Stelle sich zur Befriedigung verpflichtet.

(4) In den Fällen des Abs. 1 Nr. 2 - 4 kann die Einrichtung den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Im Übrigen ist eine Kündigung bis zum dritten Werktag eines Kalendermonats zum Ablauf des nächsten Monats zulässig.

**§ 19 Nachweis von Leistungsersatz und**

**Übernahme der Umzugskosten**

(1) Hat die Bewohnerin / der Bewohner nach § 17 Abs. 3 aufgrund eines von der Einrichtung zu vertretenden Kündigungsgrundes gekündigt, ist die Einrichtung der Bewohnerin / dem Bewohner auf dessen Verlangen zum Nachweis eines angemessenen Leistungsersatzes zu zumutbaren Bedingungen und zur Übernahme der Umzugskosten in angemessenem Umfang verpflichtet. § 115 Abs. 4 SGB XI bleibt unberührt.

(2) Hat die Einrichtung nach § 18 Abs. 1 Satz 1 aus den Gründen des § 18 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 gekündigt, so hat sie der Bewohnerin / dem Bewohner auf deren / dessen Verlangen einen angemessenen Leistungsersatz zu zumutbaren Bedingungen nachzuweisen. Die Einrichtung hat auch die Kosten des Umzugs in angemessenem Umfang zu tragen.

(3) Die Bewohnerin / der Bewohner kann den Nachweis eines angemessenen Leistungsersatzes zu zumutbaren Bedingungen nach Abs. 1 auch dann verlangen, wenn sie / er noch nicht gekündigt hat.

**§ 20 Sicherheitsleistung**

**(nur für Privatzahler)**

1. Als Sicherheitsleistung wird die Zahlung von 0,-- € (maximal das Einfache des auf einen Monat entfallende Entgelt gem. § 4 Abs. 2) vereinbart.
2. Die Sicherheitsleitung kann in drei gleichen monatlichen Teilleistungen erbracht werden. Sie ist auf das unter § 8 Abs. 1 genannte Konto einzuzahlen.

Lüdinghausen, den 23. Feb. 2018

…………………….……………. …………………………………………………

(für die Einrichtung) (Bewohnerin / Bewohner)

….…………………………………………………

(ggf. rechtliche Betreuerin / rechtlicher Be-

treuer/ Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)

**Anlage 1**

**Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen**

**Vorname / Name:**

(1) Ich bin einverstanden, dass das Altenzentrum Clara-Stift gGmbH in Lüdinghausen folgende Daten bei mir erhebt, speichert und aktualisiert, um eine Bewohnerdokumentation für mich zu führen.

* Stammdaten (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Konfession, Familienstand, letzter Wohnort)
* Biografische Daten (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Tabus)
* Arztberichte incl. Diagnosen und Befunde
* Anamnese-Dokumentation
* Pflegeplanung
  + Pflegeprobleme
  + Ressourcen
  + Pflegeziele
  + Pflegemaßnahmen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Betreuung, ärztlich verordnete Behandlungspflege, ärztlich verordnete Medikamente, psychosoziale Betreuung)
* Pflegedokumentation (schriftlich / fotografisch)
  + Leistungsnachweise der Pflege
  + Bewohnerberichte
  + Leistungsnachweise medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Betreuung
  + Einfuhr-/Ausfuhr-Bilanz bei Bedarf
  + Mobilisations- und Lagerungs-Pläne/Protokolle bei Bedarf
  + Dokumentation zu allen erforderlichen Prophylaxen, z.B. Dekubitus, Sturz, Kontrakturen, Soor
  + Wunddokumentation (Nortonskala/Wunddokumentation)
  + Sturzdokumentation (Sturzskala/Sturzprotokolle)
  + Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen incl. Genehmigung
  + Evaluation des Pflegeprozesses incl. Auswertung / Darstellung

(2) Diese Einwilligung kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs dieserer Einverständniserklärung unter Umständen Einschränkungen in meiner Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entste- hen können.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers

**Anlage 2**

**Einwilligung zur Datenweitergabe**

**Vorname / Name:**

Ich bin einverstanden, dass

• **die mich behandelnden Ärzte**

Einblick in die Pflegedokumentation und Arztberichte incl. Diagnosen und Befunde und deren Aktualisierung sowie in die Patientenverfügung (soweit vorhanden) zum Zweck der gesundheitlichen Versorgung erhalten;

• **Krankenhäuser / Reha Einrichtungen**

Pflegeüberleitungsbögen zum Zweck der gesundheitlichen Versorgung erhalten;

• **der Medizinische Dienst der Krankenkassen**

Einsicht in die Pflegedokumentation und deren Aktualisierung zum Zweck der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhält;

• **Therapeuten (Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen etc.)**

Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht und deren Aktualisierung mündlich mitgeteilt werden zum Zweck der therapeutischen Behandlung.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers

**Anlage 3**

**Einwilligung zur Datenweitergabe zur Abrechnung**

**Vorname / Name:**

Ich bin einverstanden, dass folgende Daten:

Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, letzter Wohnort, Angehörige /Betreuer ggfls. mit Wirkungskreisen, Aufnahmedatum, Versi- cherungsnummer, Auszug oder Abwesenheiten, Pflegegrad, Zimmerart, Aktenzei- chen und deren Aktualisierung zum Zweck der Abrechnung

an folgende Personen bzw. Institutionen widerruflich weitergegeben werden:

• **Leistungsabrechnung, wenn sie nicht einrichtungsintern erfolgt,**

• **zuständige Pflege- und Krankenkasse**

• **Träger der Sozialhilfe**

Diese Einwilligung kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers

**Anlage 4**

**Recht auf Beratung und Beschwerde**

Sollten Sie Anlass zu einer Beschwerde haben, nimmt jeder Mitarbeiter diese gerne entgegen und leitet diese schriftlich an die zuständigen Bereichs- bzw. Abteilungsleiter weiter. Dort wird die Beschwerde zeitnah bearbeitet.

**Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit bei Beschwerden oder Beratungsbedarf, sich an folgende Personen und Institutionen zu wenden:**

* Pflegedienstleiter Herr Sascha Schikofski

Altenzentrum Clara-Stift gGmbH, Mollstraße 18, 59348 Lüdinghausen,

Tel.: 02591/799 76 771 / Fax: 02591/799 76 79, eMail: schikofski@clarastift-lh.de

* Einrichtungsleiter Herr Stephan Emunds

Altenzentrum Clara-Stift gGmbH, Mollstraße 18, 59348 Lüdinghausen,

Tel.: 02591/799 76 70/ Fax: 02591/799 76 79, eMail: s.emunds@clarastift-lh.de

* Geschäftsführer Herr Ulrich Scheer

Heilig-Geist-Stiftung, Mühlenweg 38, 48249 Dülmen,

Tel.: 02594/958-0 / Fax: 02594/958-111, eMail: [scheer@heilig-geist-stiftung.de](mailto:scheer@heilig-geist-stiftung.de)

* Bewohnerbeirat des Altenzentrums Clara-Stift gGmbH

Vorsitzende/r des Heimbeirates des Altenzentrums Clara-Stift gGmbH

###### Mollstraße 18, 59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591/799 76 0 / Fax: 02591/799 76 79

* Zuständige Behörde nach WTG (Heimaufsicht):

Kreis Coesfeld, Postfach, 48651 Coesfeld

Tel.: 02541/18-5050 / Fax: 02541/18-9999, eMail: heimaufsicht@kreis-coesfeld.de

* Zuständiger Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege:

Caritasverband für die Diözese Münster e.V., Postfach 21 20, 48008 Münster,

Tel.: 0251/8901-0 / Fax: 0251/8901-396, eMail: info@caritas-muenster.de

* Zuständiger Sozialhilfeträger:

Kreis Coesfeld, Postfach, 48651 Coesfeld

Tel.: 02541/18-0 / Fax: 02541/18-9999, eMail: info@kreis-coesfeld.de

* Anschrift der örtlichen Verbraucherzentrale:

Verbraucherzentrale NRW, Beratungsstelle Dülmen, Overbergplatz 3

Tel. 02594/84068-01 / Fax: 02594/84068-07

bzw.

Verbraucherzentrale in NRW, Mintropstraße 27, 40215 Düsseldorf,   
Tel.: 0211/3809-0, Fax: 0211/3809-172.

* Ihre Kranken- und Pflegekasse siehe Pflegeeinstufungsbescheid

**Anlage 5**

**Selbstverpflichtung der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen für internes und externes Beschwerdemanagement.**

Klientinnen und Klienten haben ein Recht, sich zu beschweren. In unseren Einrichtungen und Diensten sind Beschwerden jederzeit willkommen. Sie sind eine Chance zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen.

1. Einrichtungen und Dienste legen die Grundsätze ihres Beschwerdemanagements fest und stellen sie Klientinnen und Klienten zur Verfügung.
2. Die Einrichtungen und Dienste verpflichten sich, Beschwerden zu dokumentieren, innerhalb von 7 Werktagen darauf zu reagieren und gemeinsam mit dem Beschwerdeführer nach Lösungen zu suchen.
3. Die Einrichtungen und Dienste teilen den Klientinnen und Klienten Anschriften interner und externer Ansprechpartner mit, wie z. B.
   1. Beschwerdestelle des Trägers
   2. Beirat bzw. Vertrauensperson nach dem Wohn- und Teilhabegesetz
   3. Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege
   4. Ombudsfrau/-mann der Kommune oder des Kreises
   5. Zuständige Behörde nach dem Wohn- und Teilhabegesetz
   6. Zuständige Pflegekasse / Sozialhilfeträger
   7. Örtliche Verbraucherberatung

4. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege verpflichten sich,

a. die Beschwerdekultur in den Einrichtungen und Diensten zu fördern,

b. im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben zu beraten, zu vermitteln und in strittigen Fällen zu moderieren, soweit dies gewünscht wird,

c. in den Musterverträgen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Klientinnen und Klienten einen Rechtsanspruch auf Einhaltung dieser Selbstverpflichtung einzuräumen 10.12.2013.

**Anlage 6**

**Widerrufsbelehrung**

**Widerrufsrecht**

Sie haben gem. § 312g BGB das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angaben von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie das

**Altenzentrum Clara-Stift gGmbH, Mollstraße 18, 59348 Lüdinghausen**

mittels einer eindeutigen schriftlichen Erklärung über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular (Anlage 7 zu diesem Vertrag) verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

**Folgen des Widerrufs**

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir das selbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns Wertersatz für die bis zum Widerruf erbrachten Leistungen zu zahlen. Grundlage für die Berechnung des Wertersatzes sind die vertraglich vereinbarten Entgelte.

**Erklärung**

Ich habe die Belehrung über das Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen.

Nach erfolgter Belehrung über die Voraussetzungen des Widerrufs fordere ich von der Einrichtung, die Leistungen sofort und damit vor Ablauf der Widerrufsfrist zu erbringen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Gastes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers

**Anlage 7**

**Widerrufsformular** (Muster)

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es per Post an uns.

An das

Altenzentrum Clara-Stift gGmbH

Mollstraße 18

59348 Lüdinghausen

Hiermit widerrufe ich den von mir mit Ihnen abgeschlossenen Vertrag vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Gastes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Gastes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers