

Rahmenvertrag gemäß § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI zur teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) im Land Berlin

zwischen

den Landesverbänden der Krankenkassen in Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen

- AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, zugleich für die Knappschaft, Regionaldirektion Berlin
- BKK Landesverband Ost
- BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 52 Abs. 1 SGB XI i.V.m. § 207 Abs. 4 SGB V
- LKK-Landesverband Berlin, Krankenkasse für den Gartenbau
- den Ersatzkassen:
 - Barmer Ersatzkasse
 - Deutsche Angestellten-Krankenkasse
 - Techniker Krankenkasse
 - KKH-Allianz
 - Gmünder ErsatzKasse GEK
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - Hamburg Münchener Krankenkasse
 - hkkGemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin

unter Beteiligung

- des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V.
- des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.
(Soweit nachfolgend zusätzliche Regelungen für die private Pflegeversicherung getroffen werden, binden diese ausschließlich den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Leistungserbringer)

und

dem Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales einerseits

und

- der Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.
- dem Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Landesverband Berlin e.V. -
- dem Deutschen Roten Kreuz – Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.
- dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. (DWBO)
- der Jüdischen Gemeinde zu Berlin
- dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgruppe Berlin -
- dem Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)
- dem ArbeitgeberVerband im Gesundheitswesen e.V. (AVG)

andererseits.

Präambel

Die Partner dieses Rahmenvertrages vereinbaren die folgenden Grundsätze, um eine wirksame und wirtschaftliche teilstationäre pflegerische Versorgung sicherzustellen, die den Pflegebedürftigen hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen.

Abschnitt I

- Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen – gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 1 SGB XI

§ 1

Allgemeine Pflegeleistungen

(1) Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die während des Aufenthalts in der Einrichtung im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

(2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege zu erbringen.

(3) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall unter Beachtung von § 8 Absatz 3 Satz 3 und 4 folgende Hilfen:

1. Hilfe bei der Körperpflege

Die Körperpflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Die Intimsphäre ist zu schützen. Die Pflegekraft unterstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema „Ausscheiden / Ausscheidung“. Die Körperpflege beinhaltet insbesondere:

1.1 An- und Auskleiden

- An- und Ausziehtraining im Sinne aktivierender Pflege
- Bei Bedarf vollständige Übernahme der Handlung des An- und Ausziehens

1.2 Waschen (Ganzkörperwäsche), Duschen und Baden

- Transfer zur Waschgelegenheit und zurück
- Ganzkörperwäsche (ohne Haarwäsche)
- Hautpflege am gesamten Körper
- Nägel Reinigen, Schneiden/Feilen
- Bei Bedarf Kontaktherstellung zur Fußpflege
- Duschen/Baden

1.3 Mundpflege und Zahnpflege

- Zähne putzen, Mundhygiene
- Reinigen der Zahnprothese, Hilfe beim Einsetzen und Entfernen
- Lippenpflege
- Soor- und Parotitisprophylaxe

1.4 Kämmen und Rasieren

- Kämmen und Herrichten der Tagesfrisur (keine Dauerwelle, kein Schneiden und Färben)
- Nass- oder Trockenrasur
- bei Bedarf Kontaktherstellung zum Friseur

1.5 Haare waschen

- Transfer zur Waschgelegenheit und zurück
- Waschen und Trocknen der Haare
- Kämmen und Herrichten der Tagesfrisur (keine Dauerwelle, kein Schneiden und Färben)

1.6 Unterstützung bei Ausscheidungen

- An- und Ausziehen einzelner Kleidungsstücke
- Wechseln der Kleidung
- Hilfe beim Aufstehen und Aufsuchen der entsprechenden Räumlichkeiten und zurück
- Hilfe bei Blasen- und/oder Darmentleerung
- Unterstützung bei Inkontinenz /z.B. Dauerkatheterpflege, Urinalpflege bzw. -wechsel, Wechseln aufsaugender Inkontinenzmaterialien, Stomapflege)
- Obstipationsprophylaxe
- Kontinenztraining
- Waschen des Genital-/Gesäßbereiches
- Hilfestellung beim Erbrechen (Waschen des Gesichts, der Hände nach dem Erbrechen, Gebisspflege nach dem Erbrechen)
- Hautpflege der gewaschenen Körperteile

1.7 Lagern, Mobilisieren

- Hilfe beim Aufstehen und Wiederaufsuchen des Ruhesessels / Bettes
- Betten machen / Ruhesessel richten
- (Teil-)Wechsel der Bettwäsche
- Maßnahmen zum körper- und situationsgerechten Sitzen und Liegen
- Pneumonie-, Kontraktur- und Dekubitusprophylaxe
- Hilfestellung beim Setzen und Verlassen des Rollstuhls
- An- und Ablegen von Körperersatzstücken (Prothesen)

2. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Eine ausgewogene Ernährung (einschließlich notwendiger Diät) ist anzustreben. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern. Zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrunde liegenden Problemen erforderlich. Dies beinhaltet insbesondere:

2.1 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung / Hilfe beim Essen und Trinken

- Transfer zum Essplatz und zurück
- alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme der Nahrung ermöglichen; dazu gehört auch das Aufbereiten und Verabreichen der ärztlich verordneten Sondenkost.
- Darreichen der Nahrung
- Unterstützung beim Umgang mit Besteck

2.2 Hygiene

- Hände waschen
- Mundpflege
- Säubern, ggf. Wechseln der Kleidung

3. Medizinische Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die Pflegeeinrichtungen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege entsprechend den gesetzlichen Regelungen durch das Pflegepersonal, soweit diese nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 41 Abs. 2 SGB XI). Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Die Durchführung der ärztlichen Anordnung ist in der Pflegedokumentation festzuhalten. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können nicht zu Lasten der Pflegekasse erbracht werden.

4. Mobilität; soziale Betreuung

Ziele sind u.a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung.

Ziel der sozialen Betreuung ist die Gestaltung eines Lebensraums für die Gäste, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbst bestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beiträgt. Dies schließt die Information, ggf. die Beratung über Ansprüche an Sozialleistungsträger mit ein und kann auch die Unterstützung bei der Realisierung von Leistungsansprüchen umfassen.

Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige oder Freunde) geschieht.

Ziel ist es, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und/oder psychischen Beeinträchtigung entgegenzuwirken bzw. diese zu mindern.

In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung u.a. der allgemeinen Orientierung zur Bewältigung des persönlichen Alltags (zeitlich, örtlich, personell, situativ) und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

Angebote zum Erhalt der Alltagskompetenz sind u.a.

- Motivation zur Bewegung und ggf. Hilfestellung

- An- und Auskleiden im Zusammenhang mit dem Verlassen und Wiederaufsuchen der Tages- und Nachtpflege
- An- und Ablegen von Körperersatzstücken (Prothesen)
- Gehen, Stehen und Treppen steigen
- Gruppenaktivitäten z.B. Spaziergänge, gemeinsame Einkäufe, Ausflüge
- Planung und Organisation von Behördengängen und Arztbesuchen und der dazu erforderlichen Begleitung durch Bezugspersonen (z.B. durch Angehörige, externe Begleitdienste oder Pflege-/Betreuungskräfte der Pflegeeinrichtung)
- Förderung sozialer Kontakte
- Angebote und Maßnahmen zur Tagesstrukturierung
- Anleitung und Hilfe beim Einsatz verordneter Hilfsmittel zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Mobilität, z.B. Gehstützen, Rollator, Deltarad

5. Fahrdienst

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen stellen im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück sicher, soweit sie nicht von Angehörigen oder von Dritten durchgeführt wird.

Die Betreuung beginnt mit der Abholung des Pflegebedürftigen durch den Fahrdienst bzw. mit dem Eintreffen des Pflegebedürftigen zur vereinbarten Zeit und endet mit dem Absetzen des Pflegebedürftigen an der Wohnung durch den Fahrdienst bzw. dem Verlassen der Pflegeeinrichtung durch den Pflegebedürftigen.

Hinsichtlich einer für den Pflegebedürftigen zumutbaren Fahrzeit wird in der Regel von 45 Minuten pro Fahrt ausgegangen.

Leistungen des Fahrdienstes:

- Treppenhilfe bei der Abholung des Pflegebedürftigen bzw. beim Absetzen des Pflegebedürftigen an der Wohnung, ggf. unter Verwendung von Mobilitätshilfen des Pflegebedürftigen z.B. Treppenlifter, Treppenraupe
- Unterstützung Gehbehinderter beim Gehen und Treppensteigen
- Transport der Pflegebedürftigen in geeigneten und ggf. rollstuhlgerechten Fahrzeugen
- Bedarfsorientierte Beaufsichtigung der Pflegebedürftigen

§ 2 Unterkunft und Verpflegung

Ziel der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung ist es, eine bedarfsgerechte und möglichst auf den einzelnen Pflegebedürftigen der Tages- und Nachtpflege abgestimmte Versorgung zu gewährleisten. Zur Unterkunft und Verpflegung gehören allen Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Absatz 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen. Unterkunft und Verpflegung umfassen insbesondere:

1. Ver- und Entsorgung

Hierzu zählen z.B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser, Energie und Brennstoffen sowie Abfall.

2. Reinigung

Diese umfasst die Reinigung (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) aller Räume der Einrichtung entsprechend Hygiene-Reinigungsplan und darüber hinaus im Bedarfsfall.

3. Wartung und Unterhaltung

Diese umfassen Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen. Die technischen Anlagen der Einrichtung werden gemäß den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen gewartet und gepflegt.

4. Wäscheversorgung

Diese umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche.

5. Speise- und Getränkeversorgung

Diese umfassen die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und das Vorhalten von Getränken in erreichbarer Nähe für den Pflegebedürftigen der Tages- und Nachtpflege. Die Speise- und Getränkeversorgung berücksichtigt ernährungsphysiologische Erkenntnisse unter besonderer Beachtung des individuellen Flüssigkeitsbedarfs des Pflegebedürftigen während des Aufenthalts in der Tages- oder Nachtpflege. Dem Pflegebedürftigen wird je nach Notwendigkeit bei der Nahrungsaufnahme geholfen. Die Zeiten für die Mahlzeiten können ggf. dem individuellen Bedarf angepasst werden. Bei der Bereitstellung von Getränken und Speisen werden Diätvorschriften beachtet.

6. Gemeinschaftsveranstaltungen

Diese umfassen den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von / an Gemeinschaftsveranstaltungen (s. allgemeine Pflegeleistungen).

§ 3 Zusatzleistungen

(1) Die Erbringung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur gemäß § 88 Absatz 2 SGB XI zulässig.

(2) Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung der Pflegeeinrichtung (§§ 1 und 2), die laufend oder in regelmäßiger Wiederkehr von der Pflegeeinrichtung angeboten oder erbracht werden, nicht mit der Pflegevergütung nach § 82 SGBXI abgedeckt und vom Versicherten individuell wählbar sind. Es handelt sich um Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerische betreuende Leistungen.

(3) Leistungen der Pflegeeinrichtung, die als einmalig anfallende Leistungen zu betrachten sind, sind keine Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI. Sie sind als Serviceangebot der Pflegeeinrichtung zu verstehen und können ohne Aufnahme in den Pflegevertrag zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtung vor Leistungserbringung geregelt werden.

§ 4 Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

- die der Pflegebedürftige braucht, um seine Fähigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu erhalten oder diese Fähigkeiten (wieder) zu erlernen, damit er ein möglichst eigenständiges Leben führen kann,
- die der Pflegebedürftige bei den Aktivitäten benötigt, die er nicht oder nur noch teilweise selber erledigen kann.

Dabei wird auch zur richtigen Nutzung der dem Pflegebedürftigen überlassenen Pflegehilfsmittel angeleitet. Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung des Pflegehilfsmittellieferanten in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels. Zur Unterstützung gehören ferner solche Tätigkeiten der Pflegekraft, durch die notwendige Maßnahmen so gestützt werden, dass bereits erreichte Eigenständigkeit gesichert wird oder lebenserhaltende Funktionen aufrecht erhalten werden.

(2) Bei der vollständigen Übernahme der Verrichtungen handelt es sich um die unmittelbare Erledigung der Verrichtungen des täglichen Lebens durch die Pflegekraft. Eine teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegekraft die Durchführung von Einzelhandlungen im Ablauf der Aktivitäten des täglichen Lebens gewährleistet.

(3) Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf ab, das die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt und Eigen- oder Fremdgefährdungen, z.B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer, vermieden werden. Zur Anleitung gehört auch die Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens. Beaufsichtigung oder Anleitung kommen insbesondere bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten in Betracht.

(4) Therapieinhalte und Anregungen von anderen an der Betreuung des Pflegebedürftigen Beteiligten, z.B. Ärzten und Physiotherapeuten, sind bei der Durchführung der Pflege angemessen zu berücksichtigen.

§ 5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen.

Liegen der Pflegeeinrichtung Erkenntnisse vor, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte im Rahmen der sozialen Betreuung.

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen. Weiterhin ist zu den Leistungen nach Satz 1 der ausschließlich mit den allgemeinen Pflegeleistungen und der Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang stehende Aufwand zu 60 % zuzurechnen, soweit er entsteht in den Bereichen

- Betriebsverwaltung,
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energieaufwand,
- Wasserver- und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäschepflege,
- Gebäudereinigung.

Der weitere pflegebedingte Aufwand in der Hauswirtschaft ist in der Aufteilung in Absatz 1 Satz 2 mit berücksichtigt.

(2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. Von dem Aufwand nach Absatz 1 Satz 2 sind 40 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen.

(3) Der den Leistungen nach §§ 1 und 2 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil für Zusatzleistungen enthalten.

(4) Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die notwendigen teilstationären Leistungen nicht beeinträchtigen.

Abschnitt II

- Allgemeine Bedingungen der Pflege einschl. der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte – gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7

Bewilligung der Leistung

(1) Grundlage für die Inanspruchnahme der Leistungen der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekassen ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse an den Versicherten über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, die Zuordnung zu einer Pflegestufe und Angaben zur Höhe des Leistungsanspruchs auf der Grundlage der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

(2) Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunft- und Beratungspflichten den Versicherten auf ggf. bestehende bzw. weitergehende Leistungspflichten auch anderer Sozialleistungsträger, u.a. Leistungen der Krankenversicherung und des Trägers der Sozialhilfe, hin.

(3) Im Rahmen ihrer Beratungspflicht informiert die Pflegekasse den Versicherten über das Abrechnungsverfahren bei der parallelen Inanspruchnahme ambulanter Sachleistungen und/oder Pflegegeldleistungen.

§ 8

Wahl der Pflegeeinrichtung Vertragliche Regelungen zur Pflegeeinrichtung

(1) Der Pflegebedürftige hat die freie Wahl unter den zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

(2) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse über die Aufnahme des Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige informiert die Pflegeeinrichtung über seinen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse.

(3) Zur Ermittlung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen ist unter Beachtung der Festlegungen nach § 113 SGB XI (s. Protokollnotiz) zu verfahren. Dabei sind im Rahmen der teilstationären Pflege die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Probleme zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herauszuarbeiten. Dabei sind unter Einbeziehung der Angehörigen und anderer an der Pflege Beteiligter (Pflegerpersonen, Pflegedienste) die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege aufeinander abzustimmen. Angemessene Wünsche sind zu berücksichtigen.

(4) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen schriftlichen Vertrag gemäß §§ 5 ff. Heimgesetz.

(5) Die Pflegeeinrichtung legt den Verbänden der Pflegekassen ein Muster ihres Vertrages nach Absatz 4 bei Abschluss des Versorgungsvertrages sowie bei inhaltlichen Änderungen vor.

§ 9

Organisatorische Voraussetzungen

Der Träger der Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen nachzuweisen:

- a. Erfüllung der Anforderungen nach §§ 11,12 Heimgesetz,
- b. die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c. eine ausreichende Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- d. bei der betrieblichen Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR):
eine Kopie des Gesellschaftsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe der Gesellschafter, des Unternehmenszwecks, der Haftungs- und Vertretungsbefugnisse der Gesellschafter / Geschäftsführung,
- e. bei der betrieblichen Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH):
eine Kopie des notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe der Gesellschafter, des Unternehmenszwecks, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse, einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister beim zuständigen Amtsgericht (*Veränderungen der Gesellschafter, Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse sind mit den entsprechend geänderten GmbH-Verträgen bzw. –Auszügen nachzuweisen.*)

- f. bei der betrieblichen Rechtsform eines eingetragenen Vereins (e.V.):
eine Kopie der Vereinssatzung, ggf. Auszug mit Angabe der Vorstandsmitglieder, des Vereinszwecks, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse, eines beglaubigten Auszugs aus dem Vereinsregister (*Veränderungen der Gesellschafter, Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse sind mit den entsprechend geänderten Vereinssatzungen bzw. Auszügen nachzuweisen.*)
- g. für die verantwortliche Pflegefachkraft:
 - 1. eine beglaubigte Kopie der rechtsgültigen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin oder Altenpfleger,
 - 2. eine Kopie des unterschriebenen und gültigen Arbeitsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfanges (Arbeitszeit), Beschäftigungsart / Funktion,
 - 3. je eine Kopie von geeigneten Unterlagen (Nachweise aus Vorbeschäftigungen) zum Nachweis der Erfüllung der Mindestberufserfahrung nach § 71 Abs. 3 SGB XI,
 - 4. Nachweis über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme nach § 71 Abs. 3 SGB XI (s. Protokollnotiz zu § 9 Nr. 4)
 - 5. ein amtliches Führungszeugnis, nicht älter als drei Monate.
- h. für die stellvertretende Pflegefachkraft die unter g) 1. und 2. nachgewiesenen genannten Unterlagen.

Über Änderungen der unter a) bis h) bezeichneten Voraussetzungen sind die Pflegekassenverbände unverzüglich zu informieren. Nachweise sind einzureichen.

§ 10

Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherung

(1) Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Beachtung der Festlegungen nach § 113 SGB XI (s. Protokollnotiz) für die Tages- und Nachtpflege durchzuführen.

(2) Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind, unbeschadet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen, für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.

§ 11

Leistungsfähigkeit, Leistungserbringung

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen, die die Leistungen dieser Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen, entsprechend ihres Versorgungsauftrages zu versorgen. Die Verpflichtung zur Aufnahme besteht nicht, wenn entsprechend dem Versorgungsauftrag die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder die besondere – von der Einrichtung betreute – Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht.

Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Leistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung an mindestens fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens

sechs Stunden in der Tagespflege und jeweils mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege täglich zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.

(2) Änderungen des Leistungsangebots der Pflegeeinrichtung sind den Verbänden der Pflegekassen mitzuteilen.

(3) Kooperationsverträge, die sich auf Pflegeleistungen nach § 1 beziehen, sind den Verbänden der Pflegekassen zeitnah vorzulegen; Rechte und Pflichten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen bleiben davon unberührt.

(4) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Pflegebedürftigen und den Pflegekassen die beauftragende Pflegeeinrichtung. Diese rechnet auch die von dem Kooperationspartner erbrachten Leistungen mit den Pflegekassen ab.

§ 12 Mitteilungen

Die Pflegeeinrichtung teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn nach Einschätzung des behandelnden Arztes

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen oder
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist und/oder
- der Einsatz von Pflegehilfsmitteln notwendig ist.

Der Eingang der Mitteilung wird von der Pflegekasse in geeigneter Form zeitnah bestätigt.

§ 13 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen der Pflegeeinrichtung sind entsprechend § 29 SGB XI wirksam und wirtschaftlich. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen sowie das Maß des Notwendigen übersteigen, darf die Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung erbringen. Zusatzleistungen bleiben davon unberührt.

§ 14 Dokumentation der Pflege

(1) Die Pflegeeinrichtung hat unter Beachtung der Festlegungen nach § 113 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet u.a.

- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln und
- Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen (Leistungsnachweis).

Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat Aufzeichnungen nach Absatz 1 fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren, soweit nicht andere gesetzlich vorgeschriebene längere Aufbewahrungsfristen gelten.

§ 15 Leistungsnachweis

(1) Die Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:

- Institutionskennzeichen der Einrichtung,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- Pflegestufe des Pflegebedürftigen,
- Art und Menge der Leistung (Anzahl der Pflgetage),
- Tagesdatum der Leistungserbringung,
- Beginn und Ende der Versorgung in der Pflegeeinrichtung.

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich zu erfassen und vor der Pflegekraft zu bestätigen.

§ 16 Abrechnungsverfahren

(1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat. Sofern die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über die zugelassene Pflegeeinrichtung abgerechnet werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

- a. in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pflgetage und den Pflegesatz aufzuzeichnen,
- b. in den Abrechnungen ihr Institutionskennzeichen gemäß § 103 Absatz 1 SGB XI einzutragen sowie
- c. die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI sowie seine Pflegestufe anzugeben.

(3) In Ausnahmefällen ist auf Verlangen der Pflegekasse der Leistungsnachweis nach § 15 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen.

(4) Das von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegte Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI vom 28.02.2002 sind Teil des Rahmenvertrages auf Landesebene gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI. Die Möglichkeit der Anwendung des § 106 SGB XI bleibt unberührt.

(5) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen der Pflegekasse dürfen durch die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Absätze 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.

§ 17 Zahlungsweise

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt kalendermonatlich nach dem Muster der **Anlage 2**. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder der von der Pflegekasse benannten Abrechnungsstelle, unabhängig von später erhobenen Beanstandungen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.

(2) Näheres zur Abrechnung und Zahlungsweise (z.B. Zeitpunkt der Rechnungsstellung, Abweichungen bei Schlussrechnungen) können die Partner des Rahmenvertrages nach § 75 Absatz 1 SGB XI vereinbaren.

(3) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

(4) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 3 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse vorzulegen.

(5) Bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Absatz 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistungen die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistungen mit den Versicherten selbst ab.

§ 18 Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 19 Datenschutz

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Die Pflegeeinrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Anhaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Die Pflegeeinrichtung hat ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 – 85 SGB X bleiben unberührt.

Abschnitt III -Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen– gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 3 und 9 SGB XI

§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) muss eine bedarfsgerechte, gleichmäßig sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen gewährleisten.

(2) Gemäß § 75 Absatz 3 SGB XI werden folgende Personalrichtwerte für die Pflege und Betreuung in der Tagespflege vereinbart:

1:4 ohne Pflegestufendifferenzierung.

(3) Für Einrichtungen oder Einrichtungsteile, die die Voraussetzungen der Rahmenleistungsbeschreibung für gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtungen (Anlage 3 zum Rahmenvertrag) erfüllen, wird gemäß § 75 Absatz 3 SGB XI ein Personalrichtwert für die Pflege und Betreuung von

1:3 ohne Pflegestufendifferenzierung

vereinbart.

(4) Zusätzlich zu den in Absatz 2 bzw. Absatz 3 genannten Personalrichtwerten werden für die Freistellung der verantwortlichen Pflegefachkraft, für Aufgaben im Rahmen des/der Qualitätsmanagements/-entwicklung und der Sozialarbeit bei bis zu 14 Plätzen insgesamt 0,3 VK und ab 15 Plätzen insgesamt 0,5 VK vereinbart.

(5) Bei dem sich aus den Absätzen 2 und 3 ergebenden Personalbedarf ist ausreichend Fachpersonal vorzuhalten. Das nach den Personalrichtwerten gemäß der Absätze 2, 3 und 4 vorzuhaltende Mindestpersonal muss sozialversicherungspflichtig beim Träger der Pflegeeinrichtung angestellt sein.

(6) Es besteht die Möglichkeit, nach § 85 SGB XI eine abweichende personelle Ausstattung zu vereinbaren.

7) Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten sollte, bezogen auf die Vollkraftzahl im Pflegebereich, 5 % möglichst nicht übersteigen.

⑧ Die Bereitstellung die fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI. Beim Einsatz des Personals sind

- die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- die Notwendigkeit zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme oder zur Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie
- die Risikopotenziale bei den Pflegebedürftigen

zu berücksichtigen. Die Pflegefachkräfte gewährleisten die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit.

(9) Gemäß § 84 Absatz 6 SGB XI haben die Einrichtungsträger auf Verlangen der Kostenträger die vereinbarte Personalausstattung mit der **Anlage 1** dieses Rahmenvertrages nachzuweisen.

§ 21

Beteiligung weiterer Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger

(1) Die Vertragsparteien unterstützen die Einbindung und Beteiligung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Pflegepersonen und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und Organisationen an der ergänzenden Betreuung der Pflegebedürftigen.

(2) Bei der Einbeziehung und Beteiligung der in Absatz 1 genannten Personen und Organisationen ist sicherzustellen, dass diese nur ergänzend zur professionellen Pflege zum Einsatz kommen und keine professionellen Pflegekräfte ersetzen.

(3) Der Pflegeeinrichtung entstehende, nicht anderweitig gedeckte Sach- und Personalaufwendungen, insbesondere für die vorbereitende und begleitende Schulung, für die Planung und Organisation des Einsatzes des angemessenen Aufwands der Mitglieder von Selbsthilfegruppen und der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen sind auf Antrag in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig.

§ 22

Nachweis des Personeneinsatzes

Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Bei der Erstellung der Dienstpläne des Personals sind

- die Arbeitszeiten des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten, insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- die Zeiten, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen im Einzelfall einschließlich der dazu gehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene im Sinne des § 8 SGB XI wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung und
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen zu berücksichtigen.

§ 23

Sächliche Ausstattung

Die Pflegeeinrichtung stellt die für die Versorgung der Pflegebedürftigen notwendige sächliche Ausstattung und Ausstattung mit (Pflege-) Hilfsmitteln sicher. Die Ansprüche der Pflegebedürftigen nach § 33 SGB V oder einer anderen rechtlichen Grundlage auf Versorgung mit Hilfsmitteln werden weder aufgehoben noch eingeschränkt.

Abschnitt IV

- Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege – gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 4 SGB XI

§ 24

Prüfung leistungsrechtlicher Voraussetzungen

(1) Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung leistungsrechtlicher Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit.

(2) Besteht aus Sicht der Pflegekasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen, so kann die Pflegekasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zur Frage der Pflegesituation des Pflegebedürftigen unter Einwilligung des Pflegebedürftigen anfordern.

§ 25

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(1) Zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt, Auskünfte und Unterlagen über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit sowie über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Versicherten einzuholen.

(2) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit und Dauer der Pflege, so sollen diese gegenüber der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem Träger der Pflegeeinrichtung dargelegt und mit dieser / diesem erörtert werden (Bei der Begutachtung von Nicht-Anspruchsberechtigten oder Nicht-Versicherten der Pflegeversicherung wendet der Träger der Sozialhilfe ein analoges Verfahren an).

(3) Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einräumt, werden auch dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung (Medicproof) eingeräumt.

Abschnitt V

- Zugang des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sonstiger von den Pflegekassen bestellter Sachverständigen zu den Pflegeeinrichtungen – gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 6 SGB XI

§ 26

Zugang

Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Pflegekassenverbänden bestellten Sachverständigen Zugang zu gewähren.

Die zur Prüfung berechtigten Personen legitimieren sich gegenüber dem Vertreter der Pflegeeinrichtung, ggf. dem Pflegebedürftigen. Die Pflegeeinrichtung hat die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung zu ermöglichen.

Abschnitt VI

- Verfahrens- und Prüfgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfkosten gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 7 SGB XI

§ 27

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 79 SGB XI

- (1) Sofern tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt, sind der Pflegeeinrichtung diese Anhaltspunkte mitzuteilen.
- (2) Zur Aufklärung des Sachverhaltes erfolgt eine Anhörung der Pflegeeinrichtung.
- (3) Sofern eine Sachstandsklärung nicht gelingt, können die Verbände der Pflegekassen die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistung durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören.

§ 28

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

- (1) Die Verbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 27 Absatz 2 keine Einigung zustande, können die Verbände der Pflegekassen den Sachverständigen alleine bestellen.
- (2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Absatz 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Verbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfziel, der Prüfgegenstand (vgl. § 29), der Prüfzeitraum und die Prüfkosten zu konkretisieren.
- (3) Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfabwicklung eine hinreichend gründliche Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. Die Erteilung von Unteraufträgen bedarf der Zustimmung der Auftraggeber.
- (4) Bei den in §§ 28 und 29 vereinbarten Regelungen ist der Träger der Sozialhilfe zu beteiligen, wenn in der Einrichtung Pflegebedürftige ohne Pflegestufe, Leistungen erhalten. Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sind auf sein Verlangen zu beteiligen.

§ 29

Prüfziel, Prüfgegenstand

- (1) Prüfziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen.
- (2) Gegenstand der Prüfungen sind die Sachverhalte, bei denen tatsächliche Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI bestehen.
- (3) Der Prüfauftrag kann sich auf Teile eines Prüfgegenstandes, auf einen Prüfgegenstand oder auf mehrerer Prüfgegenstände erstrecken; er kann sich ferner auf Teile der Pflegeeinrichtung oder auf die Pflegeeinrichtung insgesamt beziehen.

§ 30

Abwicklung der Prüfung

- (1) Ausgangspunkt der Prüfung ist der im Versorgungsvertrag beschriebene Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung, zusätzlich die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat dem Sachverständigen die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Träger der Pflegeeinrichtung abzusprechen. Zur notwendigen Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Prüfung ist deren Einverständnis einzuholen.
- (3) Der Träger der Pflegeeinrichtung benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm und seinem Beauftragten auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen.
- (4) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen einzuhalten.
- (5) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung, ggf. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, dem Sachverständigen und den Verbänden der Pflegekassen statt.

§ 31

Prüfbericht

- (1) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfbericht zu erstellen. Dieser hat zu beinhalten:
- den Prüfauftrag,
 - die Vorgehensweise bei der Prüfung,
 - die Einzelergebnisse der Prüfung bezogen auf die Prüfgegenstände,
 - die Gesamtbeurteilung und
 - die Empfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen aus den Prüfergebnissen.

Diese Empfehlungen schließen die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Maßnahmen aus den Prüfergebnissen einschl. der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung mit ein. Unterschiedliche Auffassungen, die im Abschlussgespräch nicht ausgeräumt werden konnten, sind im Prüfbericht darzustellen.

- (2) Der Prüfbericht ist innerhalb der im Prüfauftrag vereinbarten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und den Verbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie dem Träger der Pflegeeinrichtung zuzuleiten. Mit dem Einverständnis des Trägers der Pflegeeinrichtung ist der Prüfbericht dem Träger der Sozialhilfe zuzuleiten.
- (3) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden.

§ 32

Prüfkosten und Prüfergebnis

Die Kosten der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI sind gemäß § 116 Absatz 1 SGB XI als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel SGB XI zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

Abschnitt VII

§ 33

In-Kraft-Treten, Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt am 01.07.2009 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, jedoch frühestens zum 30.06.2011. Für den Fall der teilweisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte dieses Vertrages weiter.

Die Partner des Vertrages verpflichten sich, für den Fall der Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.

§ 34

Salvatorische Klausel

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

Berlin, 30.06.2009

- AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, zugleich die Knappschaft – Regionaldirektion Berlin
-
- BKK-Landesverband Ost
- BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek); Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin
- LKK-Landesverband Berlin, Krankenkasse für den Gartenbau
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (als Beteiligter)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (als Beteiligter)
- Land Berlin vertreten durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Landesverband Berlin e.V. -
- Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V. -
- Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. (DWBO)
- Jüdische Gemeinde zu Berlin

- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgruppe Berlin -
- ArbeitgeberVerband im Gesundheitswesen e.V. (AVG)
- Arbeitgeber- und BerufsVerband Privater Pflege (ABVP)

Protokollnotiz

Die Regelungen nach § 80 SGB XI a.F. definieren in Bezug auf Qualitätsmaßstäbe und –sicherung den Leistungsrahmen für die pflegerische Versorgung bis zum In-Kraft-Treten der Regelungen nach § 113 SGB XI.

Protokollnotiz zu § 9 Nr. 4:

Ausnahmeregelung für vor dem 01.07.2008 bestehende teilstationäre Pflegeeinrichtungen: Verantwortliche Pflegefachkräfte, die nicht über eine entsprechende Weiterbildung verfügen, müssen in einer Übergangszeit von 3 Jahren, beginnend am 01.07.2008 bis spätestens zum 30.06.2011 diese Qualifikationen erwerben.

**Anlage 2 zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur Kurzzeitpflege und
teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)**

Gesamtrechnung für den Monat

Kurzzeitpflege teilstationäre Pflege

Rechnungsempfänger:
.....
.....
.....
.....

AOK Berlin
 BKK
 IKK
 BIG
 LKK
 Knappschaft
 Ersatzkasse
 Bezirksamt
 Sonstige

.....
Leistungserbringer

.....
Name, Vorname

.....
IK des
Leistungserbringers

.....
Geburtsdatum

.....
Rechnungsnummer

.....
Krankenversicherungsnummer

Leistung	Anz. der Tage	Einzelpreis	Gesamt	Anteil Pflegekasse	Anteil Versicherter	Anteil Sonstige
Tagespflege						
Nachtpflege						
Kurzzeitpflege						
Unterkunft / Verpflegung						
Investitionskosten						
weitergehende Leistungen						
1.						
2.						
Rechnungsbetrag						

Zu zahlender Betrag: Euro

.....
Datum

.....
Unterschrift / Stempel des
Leistungserbringers

Anlage 3 zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Rahmenleistungsbeschreibung für gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtungen

Der besondere pflegerische Versorgungs- und Betreuungsbedarf gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen umfasst neben dem Hilfebedarf in der Grundpflege auch die Aktivierung und Anleitung sowie die notwendige Beaufsichtigung bei der eigenständigen Verrichtung der grundlegenden Lebensaktivitäten. Anleitung und Begleitung haben erhebliche Bedeutung bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen.

(1) Anforderungen an eine gerontopsychiatrische Tagespflege

Personenkreis

Grundlage für die Aufnahme in eine gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtung ist die Zugehörigkeit zur Zielgruppe. Zielgruppe sind insbesondere Pflegebedürftige gemäß §§ 14, 15 SGB XI mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen oder gemäß § 45a SGB XI.

Öffnungszeiten

Die Öffnungszeiten sollen sich nach den Bedürfnissen der gerontopsychiatrisch erkrankten Tagespflegegäste und deren pflegenden Angehörigen richten. Dies schließt auch die Prüfung längerer Öffnungszeiten und eines ganzwöchigen Angebots mit ein.

Einrichtungsgröße

Das Platzangebot soll 12 Plätze nicht unterschreiten.

Personalrichtwert

Der Personalrichtwert ergibt sich aus § 20 Absatz 3 des Rahmenvertrages gemäß § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI.

Regionale Vernetzung

Die Mitarbeit im regionalen gerontopsychiatrischen Verbund ist zu gewährleisten.

(2) Pflege- und Betreuungskonzept

Das Konzept ist auf die besonderen Bedürfnisse gerontopsychiatrisch bzw. an Demenz erkrankter Pflegebedürftiger ausgerichtet.

Die Biographiearbeit, Angehörigenarbeit und Fremdanamnesen sind Basis für die Pflegeplanung und deren Umsetzung im Pflegeprozess. Pflegenden Angehörige / Betreuer werden nach Möglichkeit in die Pflege und Betreuung einbezogen.

Die Einrichtung bietet besondere Betreuungsformen, die den lebensgeschichtlichen Kontext der Tagespflegegäste berücksichtigen, so dass vorhandene Kompetenzen gestärkt und

Überforderungen vermieden werden. Sowohl ein Mangel an Anregung als auch eine Reizüberflutung der Tagespflegegäste sind zu verhindern.

Unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind im Rahmen der Tagesstrukturierung Gruppen- und Einzelangebote anzubieten.

Im Rahmen der Tagesstrukturierung werden die Tagesgäste nach Möglichkeit regelmäßig in hauswirtschaftlichen Verrichtungen einbezogen.

Die Kommunikation wird den Fähigkeiten der Tagespflegegäste angepasst.

Die Beziehungsgestaltung und Pflegeorganisation sind durch personelle Kontinuität und Teamorientierung geprägt.

Die Kooperation erfolgt mit Ärzten, ambulanten Pflegediensten, pflegenden Angehörigen / Betreuern zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung gerontopsychiatrischer Pflegebedürftiger, insbesondere mit dem Ziel des Verbleibs des Betroffenen in der eigenen Wohnung und im gewohnten Lebensumfeld.

(3) Personelle Voraussetzungen

Die gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtung stellt sicher, dass alle für die Versorgung des beschriebenen Personenkreises nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Pflege durch fachlich und persönlich geeignetes sowie speziell fortgebildetes Pflegepersonal erbracht werden.

Die verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im Bereich Gerontopsychiatrie / Psychiatrie und eine fachspezifische Fortbildung von mindestens 320 Stunden (120 Stunden Grundkurs, 200 Stunden Aufbaumodul).

Die stellvertretende Pflegefachkraft verfügt über eine mindestens einjährige Berufserfahrung im Bereich Gerontopsychiatrie / Psychiatrie. Eine fachspezifische Fortbildung ist wünschenswert.

Alle an der direkten Betreuung beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden regelmäßig im Rahmen der Personalentwicklung insbesondere zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern sowie Beziehungs- und Milieugestaltung fortgebildet.

Die Supervision wird in Abhängigkeit vom einrichtungsbezogenen Bedarf gewährleistet.

Der Einsatz von Therapeuten der verschiedenen Fachrichtungen, ggf. auch auf der Basis von Honorarverträgen, im Rahmen der aktivierenden Pflege und sozialen Betreuung hängt vom Klientel ab.