

**Rahmenvertrag nach
§ 75 Abs. 1 SGB XI
vom 25.09.1997
zur teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)
zwischen**

- AOK - Die Gesundheitskasse für Hamburg,
zugleich für die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover
- BKK-Landesverband NORD,
zugleich für die Pflegekasse für den Gartenbau, in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes für die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung eines Landesverbandes für die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung
- Innungskrankenkasse Hamburg
- See-Pflegekasse, Hamburg
- Verband der Angestellten-Krankenversicherung e.V.,
Landesvertretung Hamburg
- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Landesvertretung Hamburg
- Verband der privaten Krankenversicherungen e.V.,
- handelnd als Landesverbände der Pflegekassen -
unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Hamburg

und

der Behörde für Soziales und Familie / Landessozialamt

und

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen
(im Folgenden Pflegeeinrichtungen genannt) in Hamburg

- Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Hamburg e.V.
- Caritasverband für Hamburg e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Hamburg e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz,
Landesverband Hamburg e.V.
- Diakonisches Werk Hamburg,
Landesverband der Inneren Mission e.V.
- Bundesverband privater Altenheime und sonstiger sozialer Dienste e.V.,
Landesvertretung Hamburg
- pflegen & wohnen
- Verband ambulanter KrankenPflegedienste e.V.
- Zentralverband Hamburger Pflegedienste e.V.

Präambel

Zur Sicherstellung der teilstationären Pflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung schließen die Vertragspartner auf Landesebene diesen Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI vorbehaltlich der Regelungen auf Bundesebene ab 01.01.2000 in Bezug auf behandlungspflegerische Leistungen.

Abschnitt I

Inhalte der allgemeinen Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

§ 1

Inhalt der Pflegeleistungen, der sozialen Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die 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 allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI zu erbringen.

(3) Zu den Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Die Intimsphäre ist zu schützen. Die Pflegekraft unerstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema "Ausscheiden/Ausscheidungen".

Die Körperpflege umfasst::

- das Waschen, Duschen und Baden:

dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit das Schneiden von Fingernägeln, das Haarewaschen und -trocknen, Hautpflege. Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in.

- die Zahnpflege:

diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parodontisprophylaxe.

- das Kämmen:

einschl. Herrichten der Tagesfrisur.

- das Rasieren:

einschl. der Gesichtspflege.

- Darm- oder Blasenentleerung:

einschl. der Pflege

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung (einschließlich notwendiger Diätkost) ist anzustreben. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zu Grunde liegenden Problemen erforderlich.

Die Ernährung umfasst:

- das Mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung: Hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, z.B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck.
- Hygienemaßnahmen wie z.B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziel der Mobilität ist u.a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel erleichtert den Umgang mit Bewegungsdefiziten.

Beim Zubettgehen und Aufstehen sind Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse angemessen zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu reduzieren oder zu beseitigen.

Die Mobilität umfasst:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern:

das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbständigkeit unterstützend. dazu gehören auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.

- das Gehen, Stehen, Treppensteigen:

dazu gehören beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich zu bewegen, z.B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände.

- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung:

dabei sind solche Verrichtungen außerhalb der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern (z.B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches).

- das An- und auskleiden:

dies umfasst auch ein An- und Ausziehtraining.

(4) Soziale Betreuung

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltages nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige) geschehen kann.

Ziel der sozialen Betreuung ist es, unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden des Pflegebedürftigen zu fördern und zu erhalten und dadurch einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit in ihren psycho-sozialen Auswirkungen zu mindern.

In diesem Sinne dienen die Leistungen der sozialen Betreuung im Rahmen des ganzheitlichen Pflegekonzeptes auch:

- der Orientierung zurzeit, zum Ort, zur Person
- der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft
- der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten
- der Bewältigung von Lebenskrisen
- der Begleitung sterbender

(5) Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die teilstationären Pflegeeinrichtungen in der Zeit vom 01.07.1996 bis zum 31.12.1999 die bisherigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (Stand 30.06.1996) weiter, soweit sie 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 ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

(6) Der pflegebedingte Mehraufwand in der Hauswirtschaft ist in der Aufteilung in § 6 Abs. 1 Satz 2 mit berücksichtigt.

(7) Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung des Tages- und Nachtpflege und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt wird.

§ 2

Unterkunft und Verpflegung

(1) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den in § 1 genannten Leistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

SI 3401

- Ver- und Entsorgung:

hierzu zählt z.B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser und Strom sowie Abfall.

- Reinigung

dies umfasst die Reinigung des Wohnraumes und der Gemeinschaftsräume (Sichtreinigung, Unerhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume.

- Wartung und Unterhaltung

dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischer Anlagen und Außenanlagen.

- Wäscheversorgung

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

- Speise- und Getränkeversorgung

dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken in der Regel im Speisesaal oder Gemeinschaftsraum.

- Gemeinschaftsveranstaltungen

dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (siehe § 1).

§ 3

Zusatzleistungen

Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 1 bis 2 hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind.

§ 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 benötigte, die er nicht oder nur noch teilweise selber erledigen kann.

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

(2) Bei der Vollständigen Übernahme der Verrichtung handelt es sich um die unmittelbare Erledigung der Errichtungen des täglichen Lebens durch die Pflegekraft Eine teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegekraft die Durchführung von Einzelhandlungen im Ablauf der Aktivitäten des täglichen Lebens gewährleisten muss.

(3) Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf ab, dass 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 körperliche, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens. Beaufsichtigung und/oder Anleitung kommen insbesondere bei psychisch Kranken sowie geistig und/oder seelisch Behinderten in Betracht.

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

§ 5

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

§ 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 50 % zuzurechnen, soweit er entsteht in den Bereichen,

- Betriebsverwaltung,
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energieaufwand,
- Wasserversorgung und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäscheversorgung,
- Gebäudereinigung.

(2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. Von dem Aufwand nach Abs. 1 Satz 2 ist 50 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen.

(3) Der den Leistungen nach §§ 1 und 2 zuzurechnende Aufwand darf keine Anteile für Zusatzleistungen enthalten. Zusatzleistungen sind ausschließlich individuell vom Pflegebedürftigen wählbare zusätzliche Leistungen sowie die Leistungen, die über die allgemein üblichen Leistungen für Unterkunft und Verpflegung hinausgehen. Sie sind zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung schriftlich zu vereinbaren.

(4) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe vorab mitzuteilen. 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 Abs. 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 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 Krankenkassen. Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse über die Aufnahme und Entlassung des Pflegebedürftigen.

(2) Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunft- und Beratungspflichten den Versicherten auf evtl. weit gehende Leistungspflichten, u.a. des Trägers der Sozialhilfe hin. Sofern der Versicherte zustimmt, gibt die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe unverzüglich von dem Leistungsantrag Kenntnis.

(3) Die Regelungen des Sozialhilfeträgers bleiben unberührt.

§ 8

Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl der Pflegeeinrichtung frei.

(2) Der Pflegebedürftige informiert die Pflegeeinrichtung über seinen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse.

(3) Zur Ermittlung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen ist gem. der Vereinbarung nach § 80 SGB XI 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 ist unter Einbeziehung der Angehörigen die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege sinnvoll aufeinander abzustimmen. Angemessene Wünsche sind zu berücksichtigen.

(4) In der gemäß § 3 des Hamburgischen Landespflegegesetzes zu schließenden Pflegevereinbarung zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen sind die Einzelheiten der Leistungserbringung (einzelne Leistungsarten und dazu vereinbarte Entgelte) aufzunehmen. Die Vorschriften des SGB XI und der hierzu abgeschlossenen Vereinbarungen sowie die Entscheidungen der Pflegekasse sind dem Vertrag zu Grunde zu legen. In den Vereinbarungen ist den besonderen Schutzbedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung zu tragen.

§ 9

Organisatorische Voraussetzungen

(1) Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- b) die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c) ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- d) ein polizeiliches Führungszeugnis für die verantwortliche Pflegefachkraft.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen sind berechtigt, sich nach vorheriger, begründeter Anmeldung und Abstimmung mit dem Einrichtungsträger vor Ort in der Einrichtung oder mit Hilfe schriftlicher Unterlagen, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden, davon zu überzeugen, dass die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind. Zwischen Überprüfungen der gleichen Einrichtung sind angemessene Abstände einzuhalten.

§ 10

Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI für die Tages- und Nachtpflege zu erbringen.

§ 11

Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen, die die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen. Die Verpflichtung nach Satz 1 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 5 Tagen in der Woche jeweils mindestens 6 Stunden in der Tagespflege und an jeweils mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege täglich zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.

(2) Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt wird.

(3) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Dieser ist den Landesverbänden der Pflegekasse unverzüglich vorzulegen; Rechte und Pflichten im Rahmen der Vergütungsvereinbarung bleiben davon unberührt.

(4) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Pflegebedürftigen und den Pflegekassen die beauftragende Pflegeeinrichtung.

§ 12 Mitteilungen

Die Pflegeeinrichtung teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn ihrer Einschätzung nach

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der/die Pflegezustand/-situation des Pflegebedürftigen sich verändert (Wechsel der Pflegestufe),
- der Einsatz von Pflegehilfsmitteln notwendig ist.

§ 13 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen sowie das Maß des Notwendigen übersteigen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen und die Pflegeeinrichtungen nicht zu Lasten der Pflegekasse und/oder Sozialhilfeträger bewirken. Zusatzleistungen bleiben unberührt.

§ 14 Dokumentation der Pflege

(1) Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet u.a.

- bundeseinheitliches Kennzeichen der Einrichtung,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- Art und Menge der Leistung,
- Tagesdatum der Leistungserbringung, Dauer des Aufenthaltes (z.B. ganztags/halbtags).

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich im Leistungsnachweis einzutragen und von der Pflegekraft abzuzeichnen und durch den Pflegebedürftigen/Angehörigen monatlich zu bestätigen. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu kennzeichnen und zu begründen sind, genügt die Unterschrift der Pflegeeinrichtung.

§ 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 Pfl egetage, gegebenenfalls den Grund und die Dauer der Abwesenheit des Pflegebedürftigen und den Pflegesatz aufzuzeichnen,
- b) in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Kennzeichnen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
- c) die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI anzugeben.

(3) Die Kostenträger können zur stichproben- und fallweisen Überprüfung der monatlichen Abrechnungsunterlagen Einsicht in die Pflegedokumentation verlangen. Die §§ 79 und 80 SGB XI bleiben unberührt.

(4) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungsbringer festgelegten Verfahren über Forum und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI sind Teil dieses Vertrages (siehe Protokollnotiz 1).

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

§ 17 Zahlungsweise

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 13 Arbeitstagen 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 gewährt, 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) 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 zu Gunsten der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

(3) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 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 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse vorzulegen.

(4) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, kann dies die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen. Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den von ihm zu vertretenden Schaden zu ersetzen.

§ 18 Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 19 Datenschutz

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten 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 Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie dem leistungspflichtigen Sozialhilfeträger, 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 Ausstattung der Pflegeeinrichtungen

nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) muss eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation. Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20 % möglichst nicht übersteigen.

(3) Die Bereitstellung und die fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Regelungen der Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 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 Risikopotentiale bei den Pflegebedürftigen

zu berücksichtigen.

Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.

(4) Der Träger der Pflegeeinrichtungen weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und Ihrer Stellvertretung nach.

(5) Die Landesverbände der Pflegekassen sind berechtigt, sich nach vorheriger, begründeter Anmeldung und Abstimmung mit dem Einrichtungsträger vor Ort in der Einrichtung oder mit Hilfe schriftlicher Unterlagen, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden, davon zu überzeugen, dass die personelle Ausstattung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI entspricht. Zwischen Überprüfungen der gleichen Einrichtung sind angemessene Abstände einzuhalten.

(6) Änderungen des Hilfeangebotes der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekassen mitzuteilen.

§ 21

Arbeitshilfen

Die Pflegeeinrichtung hat ihren Mitarbeiterinnen im erforderlichen Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftlich Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

§ 22

Nachweis des Personaleinsatzes

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

- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechung 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,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen zu berücksichtigen.

Abschnitt IV

Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege

§ 23

Prüfung durch die Pflegekassen

Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit. 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.

§ 24

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 Pflegemaßnahme 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 sollten diese gegenüber der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem Träger der Pflegeeinrichtung dargelegt und mit diesen erörtert werden.

§ 25

Information

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 23 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse unverzüglich informiert.

(2) Sofern sich nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Versicherten geändert hat (insbesondere hinsichtlich der Stufe der Pflegebedürftigkeit) und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen notwendig erscheint, weist sich im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen die Pflegekasse darauf hin. Die Pflegekasse leitet dann umgehend eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein.

Abschnitt V

Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung

nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 26

Abwesenheit des Pflegebedürftigen

(1) Bei vorübergehender nicht planbarer Abwesenheit des Pflegebedürftigen einer Tages- und/oder Nachtpflegeeinrichtung wird ein Freihaltegeld in Höhe von 100 % des vereinbarten Tages- oder Nachtpflegeentgeltes abzüglich ersparter Lebensmittelaufwendungen gezahlt. Bei vereinbarter Aufenthaltsdauer von bis zu fünf Tagen im Monat wird das Freihaltegeld für maximal einen Tag im Monat, bei bis zu zwölf Tagen für maximal zwei Tage im Monat und darüber hinaus bis zu maximal drei Tagen im Monat gezahlt.

(2) Im übrigen haben die Vertragspartner in den einrichtungsindividuellen Vergütungsvereinbarungen unter Berücksichtigung

- der Planbarkeit der Abwesenheit
- der vorübergehenden anderweitigen Besetzungsmöglichkeit des Platzes
- und des pflegerischen Konzeptes der Einrichtung

eine Regelung für Abwesenheiten des Pflegebedürftigen zu treffen, die über die in Absatz 1 genannten Abwesenheiten hinausgehen. Diese Abwesenheiten können im Tages- oder Nachtpflegeentgelt mit einem Aufschlag von bis zu 10 % berücksichtigt werden.

Abschnitt VI

Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen

nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 27

Zugang

Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung der Pflegeeinrichtung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Prüfer nach vorheriger Terminvereinbarung der Zugang zu der Pflegeeinrichtung zu gewähren. Die Pflegeeinrichtung kann von der zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

§ 28

Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

Die Prüfung findet in Gegenwart des oder der Leiter/in der Pflegeeinrichtung oder einer von diesem/dieser beauftragten Person statt. Die Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher.

Abschnitt VII

Verfahren- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten

nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 29

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen. Sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände der Pflegekassen zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 30

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

(1) Die Landesverbände 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 § 29 Abs. 2 keine Einigung zu Stande, können die Landesverbände 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 Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 321) und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.

(3) Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfungsabwicklung eine hinreichend gründliche Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. Die Erteilung von Unteraufträgen bedarf der Zustimmung der Auftraggeber.

(siehe Protokollnotiz 2)

§ 31

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

(1) Prüfungsziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit der Pflegeleistungen.

(2) Gegenstand der Prüfungen sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI bestehen.

(3) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken; er kann sich ferner auf Teile der Pflegeeinrichtung oder auf die Pflegeeinrichtung insgesamt beziehen.

§ 32

Abwicklung der Prüfung

(1) Ausgangspunkt der Prüfung ist der im Versorgungsvertrag beschriebene Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung.

(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 der 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, gegebenenfalls dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, dem Sachverständigen und den Landesverbänden der Pflegekassen statt.

§ 33

Prüfungsbericht

(1) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser hat zu beinhalten

- den Prüfungsauftrag,
- die Vorgehensweise bei der Prüfung,

- die Einzelergebnisse der Prüfung bezogen auf die Prüfungsgegenstände,
- die Gesamtbeurteilung,
- die Empfehlungen zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

Diese Empfehlungen schließlich die kurz-, mittel- und langfristig Realisierung der Prüfungsergebnisse einschließlich 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 Prüfungsbericht darzustellen.

(2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der im Prüfungsauftrag vereinbarten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Träger der Pflegeeinrichtung zuzuleiten.

(3) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfungsbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden (siehe Protokollnotiz 3).

§ 34 Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger der Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Versicherte die Pflegeeinrichtung versorgt, zu gleichen Teilen. Dies ist bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Bestellen die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen alleine (§ 30 Abs. 1 Satz 2), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 35 Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 ff. SGB XI zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche

§ 36 Zielsetzung

Zur Verwirklichung des Sicherstellungsauftrages nach § 72 Abs. 4 SGB XI gewährleisten die teilstationären Pflegeeinrichtungen die gemäß § 72 Abs. 3 in Verbindung mit § 75 Abs. 2 Nr. 8 SGB XI erforderliche leistungsfähige und wirtschaftliche, orts- und bürgernahe Versorgung innerhalb des Einzugsbereichs durch Vermeidung langer Wege.

§ 37 Einzugsbereiche

Für Tages- und Nachtpflegeeinrichtung sind die Einzugsbereiche unter Berücksichtigung der Verkehrswege und der Möglichkeiten des Fahrdienstes so zu gestalten, dass für die nicht von

Angehörigen beförderten Tages- und Nachtpflege Gäste in der Regel Transportzeiten des Einrichtungsdienstes (notwendige und angemessene Beförderung von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück) von je 60 Minuten nicht überschritten werden.

Abschnitt IX

Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 38

Experimentierklausel

Den Vertragspartner steht es frei, über die vereinbarten Vertragsinhalte hinaus allein oder gemeinsam weiterführende Aspekte z. B: der regionalen Zusammenarbeit, Vernetzung und Qualitätssicherung etc. zu prüfen.

§ 39

Inkrafttreten, Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt am 1. Oktober 1997 in Kraft.

(2) Er kann durch die Rahmenvertragspartner mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. für den Fall der abschnittswisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte dieses Vertrages weiter.

(3) Die Rahmenvertragspartner verpflichten sich für den Fall der Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten. Der gekündigte Rahmenvertrag ist bis zum Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages weiterhin gültig.

(4) Bei Änderungen der gemeinsamen Empfehlungen nach § 75 SGB XI, die auf die Inhalte dieses Vertrages einwirken, nehmen die Vertragspartner zeitnah Verhandlungen auf, um diesen Vertrag den Änderungen anzupassen. In diesem Fall bedarf es zu einer Änderung dieses Vertrages keiner Kündigung. Diese Regelungen gelten nicht für § 26 (Abwesenheitsregelungen).

Protokollnotizen

Allgemeine Protokollnotiz des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab.

Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse einräumt, werden auch dem Ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

Protokollnotiz 1 des Sozialhilfeträgers Hamburg zu § 16 Abs. 4

Durch die im Rahmenvertrag gemäß § 16 Abs. 45 zwischen den Pflegekassen und Leistungserbringern getroffenen Regelungen zum Abrechnungsverfahren und zum Datenträgeraustausch wird der Sozialhilfeträger Hamburg nicht verpflichtet, in gleicher Weise zu verfahren.

Protokollnotiz 2 der Vertragsparteien zu § 30

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren, dass der Sozialhilfeträger Hamburg von der Durchführung einer Prüfung gemäß § 30 seitens der Landesverbände der Pflegekassen informiert wird.

Protokollnotiz 3 des Sozialhilfeträgers Hamburg zu § 33 Abs. 3

Der Sozialhilfeträger Hamburg ist der Auffassung, dass er in Fällen, in denen die geprüfte Pflegeeinrichtung auch erbrachte Leistungen beim Sozialhilfeträger in Rechnung stellt, zum "Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen" hinzugehört, und somit ein berechtigtes Interesse am Erhalt des Prüfungsberichtes geltend macht.

SI 3401

AOK - Die Gesundheitskasse für Hamburg,
zugleich für die Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Hannover

BKK-Landesverband NORD,
zugleich für die Pflegekasse für den Gartenbau,
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes
für die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung

Innungskrankenkasse Hamburg

See-Pflegekasse, Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Landesvertretung Hamburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Landesvertretung Hamburg

Verband der privaten Krankenversicherungen e.V.

Behörde für Soziales und Familie
Landessozialamt

Arbeiterwohlfahrt,
Landesverband Hamburg e.V.
