

**Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur teilstationären Pflege
(Tages- und Nachtpflege) in Rheinland-Pfalz**

Zwischen

der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, Eisenberg
dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz
der IKK Rheinland-Pfalz, Mainz
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse in Rheinland-Pfalz, Speyer
dem VdAK e.V., Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz
dem AEV e.V., Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

als Landesverbände der Pflegekassen

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey

sowie

dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz, Mainz
für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe
dem Landkreistag Rheinland-Pfalz und dem Städtetag Rheinland-Pfalz, Mainz
handelnd für die örtlichen Träger der Sozialhilfe

und

der Arbeiterwohlfahrt, Bezirk Rheinland-Pfalz/Hessen-Nassau e.V., Koblenz
der Arbeiterwohlfahrt, Bezirk Pfalz e.V., Neustadt a. d. Weinstraße
dem Caritasverband für die Erzdiözese Köln, e.V., Köln
dem Caritasverband für die Diözese Limburg e.V., Limburg
dem Caritasverband für die Diözese Mainz e.V., Mainz
dem Caritasverband für die Diözese Speyer e.V., Speyer
dem Caritasverband für die Diözese Trier e.V., Trier
dem Diakonischen Werk in Hessen und Nassau e.V., Frankfurt am Main
dem Diakonischen Werk der Ev. Kirche im Rheinland e.V., Düsseldorf
dem Diakonischen Werk der Ev. Kirche der Pfalz, Speyer
dem Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Rheinland-Pfalz, Mainz
dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Rheinland-
Pfalz/Saarland e.V., Saarbrücken
dem Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulante Dienste e.V.,
Geschäftsstelle Wiesbaden
dem Landesverband Rheinland-Pfalz des Verbandes Deutscher Alten- und
Behindertenhilfe e.V., Trierweiler

als Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen

Präambel

Ziel dieses Rahmenvertrages ist die Sicherstellung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der teilstationären Pflege, die dem Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen. Die Tages- und Nachtpflege dient der Ergänzung und der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Dafür soll ein qualitatives, differenziertes, ausreichendes und umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, das die Pflegebedürftigen entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen und ihrem individuellen Unterstützungsbedarf in Anspruch nehmen können. Für den Bereich der Behindertenhilfe findet dieser Rahmenvertrag keine Anwendung.

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

Die teilstationären Pflegeeinrichtungen übernehmen nach Maßgabe dieses Vertrages und seiner Anlagen die Versorgung von Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen bei teilstationärer Pflege.

Dieser Vertrag ist für die zugelassenen teilstationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz und die Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich (§ 75 Abs. 1 letzter Satz SGB XI).

Abschnitt I

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

§ 1

Inhalt der allgemeinen 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. Dabei ist insbesondere die Situation des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung zu berücksichtigen und eine enge Zusammenarbeit bzw. Beratung mit den pflegenden Angehörigen anzustreben.
- (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 allgemeinen 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. Der selbstverständliche Umgang mit dem Thema Ausscheiden/Ausscheidungen ist durch die Pflegekraft zu unterstützen.

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 Parotitisprophylaxe,
- das Kämmen;
einschl. Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren;
einschl. der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschl. der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschl. der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung (einschl. notwendiger Diätkost) ist anzubieten. 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 zugrunde 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 die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, z.B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck, Verabreichung von Sondenkost.
- Hygienemaßnahmen wie z.B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziele der Mobilität sind u.a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

Beim Aufstehen und Zubettgehen 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 Hilfestellungen 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 Kontrakturen vorbeugen und Selbständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
dazu gehört 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 Vorrichtungen 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 die Auswahl der Bekleidung gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen sowie ein An- und Ausziehtraining.

(4) Soziale Betreuung

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Tages- und Nachtpflege Gäste einen Lebensraum während ihres Aufenthaltes gestalten, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beiträgt und die häusliche Situation mit einbezieht. Hierunter fallen beispielsweise das Herstellen und die Förderung von sozialen und kommunikativen Fähigkeiten, die Ausschöpfung der jeweiligen Aktivierungspotentiale, Angebot von individueller und gruppenbezogener Begleitung, Krisenintervention, Thematisierung und Bearbeitung der Zuhause-Situation, Vor- und Nachbearbeitung des Aufenthaltes mit Angehörigen/Betreuern.

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 und Betreuer) geschehen kann.

Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, Bewältigung von Lebenskrisen sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

(5) Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die teilstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen des § 41 SGB XI die bisherigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege weiter, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Sie werden vom behandelnden Arzt schriftlich angeordnet und verantwortet. 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 berücksichtigt.

-
- (7) Die teilstationären 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 sicher zustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt wird.

§ 2

Unterkunft und Verpflegung

- (1) Die Unterkunft und Verpflegung umfassen die Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer teilstationären Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, 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 pflegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.
- (2) Unterkunft und Verpflegung umfaßt insbesondere:
- Raumangebot;
dies umfaßt die Bereitstellung von Aufenthalts- und Ruheräumen sowie sanitären Anlagen.
 - Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfaßt die Zubereitung und Bereitstellung von Speisen und Getränken.
 - Wäscheversorgung;
die Wäscheversorgung umfaßt die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche
 - Reinigung;
dies umfaßt die Reinigung der Aufenthalts- und Ruheräume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume.
 - Wartung und Unterhaltung;
dies umfaßt die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen.
 - Ver- und Entsorgung;
hierzu zählt z.B. die Versorgung mit Wasser, Strom und Heizung sowie die Entsorgung von Abwasser und Abfall.
 - Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfaßt 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) Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 1 bis 2 hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm schriftlich zu vereinbaren sind.
- (2) Die von der teilstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe vorab mitzuteilen. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, daß die Zusatzleistungen die notwendigen Leistungen der teilstationären Pflege nicht beeinträchtigen.

§ 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 soll die Hilfe auch zur richtigen Nutzung der dem Pflegebedürftigen überlassenen Hilfsmittel anleiten. Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung der Hilfsmittellieferanten in den Gebrauch des Hilfsmittels. Zur Unterstützung gehören ferner solche Tätigkeiten der Pflegekraft, durch die notwendige Maßnahmen so gestützt werden, daß bereits erreichte Eigenständigkeit gesichert wird oder lebenserhaltende Funktionen aufrechterhalten 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 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 körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens.

-
- (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 sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden 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. Individuelle Ansprüche des Pflegebedürftigen auf Gewährung von Hilfsmitteln nach SGB V werden hierdurch nicht berührt.

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

- (1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen.
- (2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen.
- (3) Aufgrund einer fehlenden Verordnung
- Gem. § 83 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zur Abgrenzung des Inhaltes der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI) von den Leistungen der Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) und von den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)
- werden ersatzweise die Aufwendungen der allgemeinen Pflegeleistungen und der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in angemessenem Verhältnis aufgeteilt. Näheres ergibt sich aus der Rahmenvereinbarung gem. § 86 Abs. 3 SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der teilstationären Pflege nach dem 8. Kapitel des SGB XI in Rheinland-Pfalz.
- (4) Der den Leistungen nach §§ 1 und 2 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil 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 teilstationären Pflegeeinrichtung schriftlich zu vereinbaren.

Abschnitt II

Allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Bericht -

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7

Bewilligung der Leistungen

- (1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Inanspruchnahme der Leistungen der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekassen ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekassen, 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 Auskunftspflicht und Beratungspflichten den Versicherten auf evtl. weitergehende Leistungspflichten, u.a. des Trägers der Sozialhilfe, hin. Sofern der Versicherte zustimmt, gibt die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe unverzüglich von dem Leistungsantrag Kenntnis.

§ 8

Wahl der Pflegeeinrichtung

Der Pflegebedürftige ist in der Wahl der teilstationären Pflegeeinrichtung gem. SGB XI frei.

§ 9

Pflegevertrag

- (1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Vertrag über Tages- und Nachtpflege in dem die Einzelheiten der Leistungserbringung (einzelne Leistungsarten und die dazu vereinbarten Entgelte) aufzunehmen sind. Dieser ist dem Pflegebedürftigen vor Abschluß des Vertrages zu erläutern.
- (2) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung überläßt den Landesverbänden der Pflegekassen ein jeweils gültiges Muster ihres Pflegevertrages nach Abs.1.

§ 10 Organisatorische Voraussetzungen

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) die ausreichende Versicherung über eine Betriebs-
/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden.
- d) ein polizeiliches Führungszeugnis für die verantwortliche Pflegefachkraft.

§ 11 Qualitätsmaßstäbe

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

§ 12 Leistungsfähigkeit

- (1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen..

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 Pflegeeinrichtungen geschehen.

- (2) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Pflegeeinrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Kooperationsverträge, die sich auf Pflegeleistungen nach Abschnitt I beziehen, sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen; Rechte und Pflichten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen bleiben davon unberührt.

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

§ 13 Mitteilungen

Die Pflegeeinrichtung teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen und in Abstimmung mit den Angehörigen / dem betreuenden ambulanten Pflegedienst 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.

§ 14 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 Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken. Zusatzleistungen bleiben unberührt.

§ 15 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.
- die Pflegeanamnese,
 - die Pflegeplanung,
 - den Pflegebericht,
 - Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
 - Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen.

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

- (2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind jeweils in der Pflegedokumentation zu erfassen und von der ausführenden Pflegekraft zu bestätigen.

§ 16 Abrechnungsverfahren

- (1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist diejenige Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte mit der 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 Abrechnungseinheit (Pflegetage, halbe Pflegetage), ggf. Grund und Dauer der Abwesenheit und den Pflegesatz aufzuzeichnen.
 - b) in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
 - c) die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI sowie seine Pflegekasse anzugeben.
- (3) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI sind Teil dieses Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI.

Protokollnotiz zu Abs. 3:

Zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Rahmenvertrages lag eine Regelung des § 105 Abs. 2 SGB XI noch nicht vor.

- (4) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen (z. B. Bearbeitungsgebühren) dürfen durch die Pflegeeinrichtung von Pflegebedürftigen weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.

§ 17 Zahlungsweise

- (1) Der dem pflegebedürftigen Heimbewohner zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihnen benannten Abrechnungsstelle einzureichen. 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 zugunsten der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.
- (3) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 2 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 zuzuleiten.
- (4) Abweichungen von diesen Regelungen können im Einzelfall zwischen der Pflegeeinrichtung und den zuständigen Kostenträgern oder den von ihnen benannten Abrechnungsstellen vereinbart werden.
- (5) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit den Pflegekassen abgerechnet, ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen. Das vertragswidrige Verhalten der Pflegeeinrichtung kann unter den Voraussetzungen des § 74 Abs. 2 SGB XI die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen.

§ 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 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 Pflegeeinrichtung -

(1) nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

- (1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung muß unbeschadet aufsichtsrechtlicher Regelungen 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) Die mit den Kostenträgern nach § 85 SGB XI zu vereinbarenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und für Unterkunft und Verpflegung müssen es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dabei sind insbesondere die für die Pflegeeinrichtung geltenden gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen, sowie die vertraglichen Regelungen dieses Rahmenvertrages, der Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI und des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI zu beachten.
- (3) 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.
- (4) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Regelungen der Qualitätsvereinbarungen 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.

- (5) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach. Ein Wechsel in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft ist den Landesverbänden der Pflegekassen zusammen mit dem Nachweis der fachlichen Qualifikation anzuzeigen.
- (6) Änderungen in der Struktur des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekassen mitzuteilen.

§ 21 Arbeitshilfen

Die Pflegeeinrichtung hat für die Leistungserbringung im erforderlichen Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

§ 22 Nachweis des Personaleinsatzes

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

- die Arbeitszeit und die Qualifikation 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,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen zu berücksichtigen.

Abschnitt IV

Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege

nach § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 23 Prüfung durch die Pflegekassen

Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit. Besteht aus Sicht der Pflegekasse in begründeten Einzelfällen Anlaß, die Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen, so kann die Pflegekasse mit Einwilligung des Pflegebedürftigen vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zur Frage der Pflegesituation 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 Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Versicherten einzuholen.

Auf Wunsch des Pflegebedürftigen findet die Untersuchung nach Möglichkeit in Gegenwart einer Pflegefachkraft seines Vertrauens statt.

- (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 sofern die Einwilligung des Versicherten vorliegt, gegenüber der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem verantwortlichen Vertreter der teilstationären Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen dargelegt und mit diesem erörtert werden.

§ 25 Information

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

- (2) Sofern sich nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Versicherten geändert hat (insbesondere hinsichtlich der Stufe der Pflegebedürftigkeit / Pflegeklasse) und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen notwendig erscheint, weist sie 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

Bei Abwesenheit können der Pflegesatz, das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten bis zu 3 Tage je Person im Kalendermonat berechnet werden. Das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung ist für diesen Zeitraum um 50 Prozent zu kürzen. Dies gilt nicht soweit der teilstationäre Platz anderweitig belegt wird oder 3 Wochen vor der Abwesenheit eine Mitteilung über die Abwesenheit erfolgt oder Kurzzeitpflege vorübergehend vom Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird.

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

- (1) Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung der Pflegeeinrichtung nach den Abschnitten IV und VII dieser Vereinbarung 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 Regelungen des § 80 SGB XI bleiben hiervon unberührt.
- (2) Die Pflegeeinrichtung kann von den zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

§ 28 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

Ein Vertreter der Pflegeeinrichtung hat das Recht an der Prüfung teilzunehmen. Die Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher.

Abschnitt VII

Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. 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 § 30 Abs. 2 keine Einigung zustande, 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 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. § 32) 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.

§ 31

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

- (1) Prüfungsziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen.
- (2) Gegenstand der Prüfung sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 3 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 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 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 Empfehlung zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

Diese Empfehlungen schließen die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Prüfungsergebnisse 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 Prüfungsbericht darzustellen.

- (2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der in 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.

§ 34 Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen die Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Versicherte die teilstationäre Pflegeeinrichtung versorgt, jeweils zur Hälfte. Dies ist bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Soweit die Prüfung gem. § 30 Abs. 1 Satz 1 durchgeführt wird und die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen (§ 30 Abs. 1), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 35 Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

§ 36 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt am 07.12.2001 in Kraft.

(2) Er kann durch die Parteien des Rahmenvertrages mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende gekündigt werden. Für den Fall der abschnittsweisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte des Vertrages weiter.

Die Vertragsparteien verpflichten sich, für den Fall der Kündigung oder der teilweisen Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Vertrag bzw. neue einzelne Bestimmungen einzutreten. Dies gilt auch wenn Rechtsänderungen auf Inhalte dieses Vertrages einwirken.

(3) Die gekündigten Vereinbarungen bleiben über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien verbindlich, bis sie durch eine neue vertragliche Regelung ersetzt werden.

Protokollnotiz

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zum Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur teilstationären Pflege in Rheinland-Pfalz

1. Unter Pflegekassen im Sinne dieses Vertrages sind auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen zu verstehen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben.
2. Bei Versicherten der privaten Pflegeversicherung, bei denen gem. § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die 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. Dieser kann den Versicherer anweisen, Erstattungsbeträge unmittelbar an das Pflegeheim auszus zahlen.
3. Die Befugnis, die die Pflegeeinrichtung dem Medizinischen Dienst der Pflegekassen einräumen, gelten gegenüber dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung entsprechend.

AOK – Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz, Eisenberg
Datum:

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland, Mainz
Datum:

IKK Rheinland-Pfalz, Mainz
Datum:

LKK Rheinland-Pfalz, Speyer
Datum:

VdAK e. V., Landesvertretung
Rheinland-Pfalz, Mainz
Datum:

AEV e. V., Landesvertretung
Rheinland-Pfalz, Mainz
Datum:

Bundesknappschaft, Bochum
Datum:

Verband der privaten Krankenversiche-
rung e. V., Köln
Datum:

Landkreistag Rheinland-Pfalz
Datum:

Städtetag Rheinland-Pfalz
Datum:

Landesamt für Soziales, Jugend und
Versorgung Rheinland-Pfalz, Mainz
Datum:

Norbert Albrecht
LIGA-Vorsitzender
c/o Geschäftsstelle der LIGA der Spitzenverbände
der Freien Wohlfahrtspflege im Lande Rheinland-Pfalz
Datum:

bevollmächtigt durch rechtskräftige Erklärung der folgenden Verbände:

Arbeiterwohlfahrt
Rheinland/Hessen-Nassau e.V.

Arbeiterwohlfahrt
Pfalz e.V.

Caritasverband für die
Erzdiözese Köln

Caritasverband für die
Diözese Limburg e.V.

Caritasverband für die
Diözese Mainz e.V.

Caritasverband für die
Diözese Speyer e.V.

Caritasverband für die
Diözese Trier e.V.

Diakonisches Werk in
Hessen und Nassau e.V.

Diakonisches Werk der
Ev. Kirche im Rheinland e.V.

Diakonisches Werk der
Ev. Kirche der Pfalz

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Rheinland-Pfalz

Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband
Landesvertretung Rheinland-
Pfalz/Saarland

Bundesverband privater Alten- und
Pflegeheime und ambulante Dienste e.V.,
Wiesbaden

Landesverband Rheinland-Pfalz des
Verbandes Deutscher Alten- und Be-
hindertenhilfe e.V., Trierweiler

Datum:

Datum:

Anlage 1

ADRESSENVERZEICHNIS DER PFLEGEKASSEN

Pflegekasse der
AOK – Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz
Ref. 4.2.3 – Stationäre Pflege
Virchowstr. 30

67304 Eisenberg

BKK – IKK – LKK Arbeitsgemeinschaft
Rheinland-Pfalz
Essenheimer Str. 126

55128 Mainz

VdAK / AEV e.V.
Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Postfach 17 69

55007 Mainz

Bundesknappschaft Bochum
Hauptverwaltung

44781 Bochum

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Postfach 51 10 40

50946 Köln