

**Rahmenvertrag
für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI
für das Land Baden-Württemberg**

vom 12. Dezember 1996

***in der von der SGB XI-Schiedsstelle festgesetzten Fassung vom 17.12.2015,
in Kraft ab 01.01.2016,
geändert durch Beschluss der Großen Runde vom 20.12.2016
und Umlaufbeschlüsse vom September 2017***

zwischen

- der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,
- dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V., Stuttgart,
- dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,
- der IKK Baden-Württemberg, Ludwigsburg,
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart,
- der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München, München

unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Baden-Württemberg

- dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln
- dem Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe,
- dem Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, Stuttgart,

als überörtliche Träger der Sozialhilfe in Baden-Württemberg

- der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der Sozialhilfe in Baden-Württemberg

und

- der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Baden e. V., Karlsruhe,
- der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Württemberg e. V., Stuttgart,
- dem Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V., Freiburg,
- dem Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V., Stuttgart,
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V., Stuttgart,
- dem Diakonischen Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V., Karlsruhe,
- dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart,
- dem Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Baden-Württemberg e. V., Stuttgart,
- dem Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Badisches Rotes Kreuz, e. V. Freiburg,
- dem Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime e. V., Stuttgart,
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Landesgruppe Baden-Württemberg e. V., VDAB, Mannheim,
- der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart,
- dem Verband der Krankenanstalten in privater Trägerschaft in Baden-Württemberg e. V., Freiburg

Abschnitt I

Inhalt der 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

(1) ¹Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. ²Die Hilfen sollen die Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen. Dabei ist der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten.

(2) ¹Die Durchführung und Organisation der Pflege richtet sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. ²Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80 a SGB XI sowie der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI zu erbringen.

(3) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören im Rahmen des durch § 29 Abs. 1 SGB XI vorgegebenen Leistungsumfangs je nach Einzelfall folgende Hilfen:

a) 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 unterstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema Ausscheiden / Ausscheidungen.

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden;

dies beinhaltet gegebenenfalls 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 Fußpflege und zum/zur Friseur/in,

- die Zahnpflege;

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

- das Kämmen einschließlich Herrichten der Tagesfrisur;

- das Rasieren einschließlich der Gesichtspflege;
- Darm- oder Blasenentleerung;

einschließlich der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, gegebenenfalls Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

b) 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 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;
- Hygienemaßnahmen wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/ Wechseln der Kleidung.

c) Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziel der Mobilität ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau von überschüssigem Bewegungsdrang 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 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 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 bewegen, z. B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände,

- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung;

dabei sind solche Verrichtungen außerhalb des Pflegeheimes 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.

d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung

Ziel der Hilfe ist, dem Pflegebedürftigen trotz des durch die Pflegebedürftigkeit bedingten Hilfebedarfs die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Dieser Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung wird ausgeglichen, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld geschehen kann, z. B. durch Angehörige und Betreuer.

Ziel der Hilfen 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 Hilfen bei der persönlichen Lebensführung der Orientierung zur Zeit, zum Ort und zur Person, zur Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

e) Leistungen der sozialen Betreuung

Das Ziel der sozialen Betreuung ist die Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung im Pflegeheim, welche an der Erhaltung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen orientiert ist, soziale Integration anstrebt und die jeweiligen Aktivierungspotentiale ausschöpft.

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Einzugs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z. B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Ferner umfasst die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.

f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

- aa) Die Behandlungspflege umfasst die nachfolgenden pflegerischen Hilfen zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung (soweit nicht vom Arzt selbst erbracht):

- Verbandswechsel
 - Injektionen
 - Katheterwechsel, Blaseninstillation, Blasenspülung
 - Dekubitusbehandlung
 - Einlauf/Darmentleerung
 - spezielle Krankenbeobachtung und -überwachung (Messung von Körpertemperatur, Blutdruck, Puls, Blutzucker)
 - Einreibungen, Wickel
 - Medikamentenüberwachung und -verabreichung
 - Bronchialtoilette, Trachealkanülenpflege
 - Verabreichung von Sondenernährung bei liegender Sonde
 - Verabreichung von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang
- bb) Die Maßnahmen der Behandlungspflege werden vom behandelnden Arzt schriftlich angeordnet und verantwortet. Der Arzt trägt einzeln die erforderlichen Maßnahmen sowie das Datum der Anordnung und sein Namenszeichen in die für den einzelnen Pflegebedürftigen vom Pflegeheim geführte Pflegedokumentation ein.
- cc) Die Verantwortung für die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen liegt beim Träger des Pflegeheims.

§ 2

Unterkunft und Verpflegung

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

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

- Ver- und Entsorgung;

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

- Reinigung;

dies umfasst die Reinigung des Wohnraums und der Gemeinschaftsräume und der übrigen Räume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung),

- Wartung und Unterhaltung;

dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, der Einrichtungen und Ausstattungen, der technischen Anlagen und der Außenanlagen,

- Wäscheversorgung;

die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Lagerungshilfsmittel und Wäsche sowie das maschinelle Waschen und Bügeln bzw. Zusammenlegen der persönlichen Wäsche und Kleidung,

- Speise- und Getränkeversorgung;

dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken,

- 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 und 2 hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm gemäß § 88 Abs. 2 Ziff. 2 SGB XI schriftlich zu vereinbaren sind.

(2) Die von dem Pflegeheim angebotenen Zusatzleistungen und deren Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem jeweils örtlich zuständigen Landeswohlfahrtsverband vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen.

§ 4

Formen und Hilfe

(1) ¹Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

²Dabei soll die Hilfe auch zur richtigen Nutzung der dem Pflegebedürftigen überlassenen Pflegehilfsmittel anleiten. ³Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung des Lieferanten in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels. ⁴Zur 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) ¹Bei der vollständigen Übernahme der Verrichtungen handelt es sich um die unmittelbare Erledigung der Verrichtungen des täglichen Lebens durch die Pflegekraft. ²Eine teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegekraft die Durchführung von Einzelhandlungen im Ablauf der Verrichtungen nach § 1 gewährleisten muss.

(3) ¹Beaufsichtigung 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. ²Zur Anleitung gehört auch die Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens. ³Beaufsichtigung 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. Ärzte und Physiotherapeuten, sind bei der Durchführung der Pflege angemessen zu berücksichtigen.

§ 5

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

¹Zum 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 anzuleiten. ²Stellt die Pflegekraft fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. ³Bei der Auswahl sonstiger Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

Protokollnotiz: Die Ansprüche des Pflegebedürftigen nach SGB V bleiben unberührt.

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) ¹Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen. ²Weiterhin sind zu den Leistungen nach Satz 1 die ausschließlich mit den allgemeinen Pflegeleistungen und der Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang stehenden Aufwendungen zu 50 % zuzurechnen, soweit sie entstehen in den Bereichen

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

(2) ¹Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. ²Vom Aufwand nach Abs. 1 Satz 2 ist 50 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen. ³Damit ist auch der pflegebedingte Mehraufwand in der Hauswirtschaft berücksichtigt.

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

Abschnitt II

Allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich 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, Wahl des Pflegeheimes

(1) ¹Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. ²Grundlage für die Leistung der vollstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist für den Pflegebedürftigen die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

(2) ¹Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunfts- und Beratungspflichten den Versicherten auf eventuell weitergehende Leistungspflichten, u. a. des Trägers der Sozialhilfe, hin. ²Sofern der Versicherte zustimmt, gibt die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe von dem Leistungsantrag Kenntnis.

(3) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl unter den zugelassenen Pflegeheimen frei.

§ 8

Heimvertrag

(1) ¹Das Pflegeheim schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Heimvertrag gemäß §§ 4 ff. Heimgesetz. ²Der Heimvertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen und Empfehlungen nach dem Siebten und Achten Kapitel des SGB XI zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen nach § 69 SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.

(2) Das Pflegeheim legt den Landesverbänden der Pflegekassen die Muster seiner Heimverträge nach Absatz 1 vor.

§ 9

Organisatorische Voraussetzungen

Das Pflegeheim 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.

§ 10

Qualitätsmaßstäbe

Die von dem Pflegeheim zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie der Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI und den in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen zu erbringen.

§ 11

Leistungsfähigkeit

¹Das Pflegeheim ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die die Pflegeleistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. ²Einrichtungen der vollstationären Pflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen. ³Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder die besondere Zielgruppe, die von der Einrichtung betreut wird, einer Aufnahme entgegensteht.

§ 12

Mitteilungen, Meldepflichten

(1) Das Pflegeheim teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn nach seiner Einschätzung

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der Pflegezustand oder die Pflegesituation des Pflegebedürftigen sich verändert (Wechsel der Pflegestufe).

(2) Das Pflegeheim unterrichtet die zuständige Pflegekasse unverzüglich über die Aufnahme und Entlassung des Pflegebedürftigen.

(3) ¹Die zuständige Pflegekasse informiert das Pflegeheim unverzüglich schriftlich über ihre Leistungszuständigkeit, sobald ihr gegenüber der Pflegebedürftige erklärt hat, welches Pflegeheim er wählt. ²Diese Information enthält den wesentlichen Inhalt des Leistungsbe-

scheids für den Pflegebedürftigen, insbesondere Aussagen darüber, ob Anspruch auf Leistungen der vollstationären Pflege besteht, die Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe, die Einstufung als Härtefall sowie die Leistungshöhe. ³Änderungen dieser Sachverhalte sind ebenfalls unverzüglich dem Pflegeheim mitzuteilen.

§ 13

Dokumentation der Pflege

(1) ¹Das Pflegeheim hat auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. ²Die 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 (Leistungsnachweis).

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

§ 14

Abrechnungsverfahren

(1) ¹Besteht die Zahlungspflicht des Pflegebedürftigen oder seines Kostenträgers im gesamten Kalendermonat, so werden der tägliche Pflegesatz¹ für die allgemeinen Pflegeleistungen einschließlich Altenpflegeausbildungsumlage sowie die täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in diesem Kalendermonat – unabhängig von der tatsächlichen Zahl der Kalendertage – für 30,42 Tage abgerechnet. ²Besteht im Falle des Einzugs, Auszugs oder Todes des Pflegebedürftigen die Zahlungspflicht des Pflegebedürftigen oder seines Kostenträgers nicht im gesamten Kalendermonat, so werden der tägliche Pflegesatz sowie das tägliche Entgelt für Unterkunft und Verpflegung nur für die zahlungspflichtigen Tage abgerechnet. ³Bei einer Änderung der täglichen Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und der täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem ersten Tag eines Kalendermonats (insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrads oder der Vergütungsvereinbarung) werden bis einschließlich des Tages vor der Änderung die bisherigen täglichen Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und die täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und ab dem Tag der Änderung die neuen täglichen Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und die neuen täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet; abweichend von Satz 1 wird in diesem Kalendermonat die tatsächliche Zahl der Kalendertage abgerechnet.

(2) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit den Pflegekassen ist das Pflegeheim berechtigt, dass der Versicherte für die Durchführung der Pflege beauftragt hat.

¹ Die Pflegesätze in den Pflegegraden 2 - 5 werden vereinbart als Summe des monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils und des jeweiligen Leistungsbetrags nach § 43 SGB XI, dividiert durch den Faktor 30,42.

Das Pflegeheim ist verpflichtet,

- a) in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pflegetage, soweit zutreffend Grund und Dauer der Abwesenheit des Pflegebedürftigen und den Pflegesatz aufzuzeichnen,
- b) in den Abrechnungen sein bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
- c) die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI, seinen Namen und seine Pflegeklasse anzugeben.

(3) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekasse im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustauschs gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI sind Teil dieses Rahmenvertrags.

(4) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen durch das Pflegeheim vom Pflegebedürftigen oder einem Dritten weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleibt unberührt.

§ 15

Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen

(1) ¹Die Rechnungsstellung der Entgelte erfolgt monatlich und kann auch zu Beginn eines Monats erfolgen. ²Die zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig. ³Die Rechnungsstellung an die Pflegekasse kann auch an eine von ihr benannte Abrechnungsstelle erfolgen.

(2) ¹Überträgt das Pflegeheim die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat es die Pflegekasse unverzüglich schriftlich zu informieren. ²Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. ³Es ist eine Erklärung des Pflegeheimes beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. ⁴Das Pflegeheim 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.

(3) ¹Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 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. ²Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse vorzulegen.

(4) Beanstandungen der Abrechnung des Pflegeheims müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang bei den Pflegekassen von diesen bei den Pflegeheimen erhoben werden.

§ 16

Datenschutz

(1) ¹Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. ²Das Pflegeheim verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. ³Das Pflegeheim unterliegt hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen der Schweigepflicht. ⁴Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. ⁵Das Pflegeheim hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. ⁶Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85a SGB X bleiben unberührt.

(2) Die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit diese für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben unbedingt erforderlich sind. § 107 SGB XI gilt entsprechend.

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

§ 17

Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen 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 Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i. V. m. § 112 SGB XI und der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI gewährleisten.

(2) ¹Jede Einrichtung hat das Recht auf eine Vereinbarung eines einrichtungsindividuellen Personalschlüssels im Rahmen der nachfolgenden Bandbreiten für Pflege und Betreuung ohne besondere Begründung:

Pflegestufe I: 1 : 3,96 bis 1 : 3,13

Pflegestufe II: 1 : 2,83 bis 1 : 2,23

Pflegestufe III: 1 : 2,08 bis 1 : 1,65

²Bei entsprechender Begründung der Pflegeeinrichtung sind davon abweichende Vereinbarungen zu treffen.

(2a) Jede Einrichtung hat das Recht auf Vereinbarung eines zusätzlichen Stellenkontingents für die verantwortliche Pflegefachkraft ohne besondere Begründung im Umfang von bis zu 1,0 Vollzeitkräften.

(2b) Jede Einrichtung hat ab dem 1. April 2016 das Recht, im Bereich Pflege und Betreuung

einen Sonderpersonalschlüssel „Qualität“ (Qualitätsmanagement, Ausbildung und Qualifizierung, Praxisanleitung, Hygienefachkraft usw.) ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell von bis zu 1 : 80 über alle Pflegestufen zu vereinbaren. ²Für Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen besteht ein Anspruch auf Vereinbarung einer Stelle im Umfang von bis zu 0,5 Vollzeitkräften. ³Unabhängig von der Pflegeplatzzahl gilt eine Obergrenze von 1,25 Vollzeitkräften. ⁴Ab dem 1. Januar 2017 gilt ein Personalschlüssel im Sinne von Satz 1 von 1 : 40; bei Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen besteht ein Anspruch auf Vereinbarung von pauschal einer Stelle im Umfang von bis zu 1,0 Vollzeitkräften. ⁵Zum 1. Januar 2017 erhöht sich die Obergrenze im Sinne von Satz 3 auf 2,5 Vollzeitkräfte.

(3) ¹Für die Betreuung von schwer Demenzkranken im Sinne der Anlage 1 finden die dort genannten Regelungen Anwendung. ²Dabei gelten folgende Personalrichtwerte/ Personalanhaltszahlen:

Pflegestufe I:	1 : 2,38
Pflegestufe II:	1 : 1,70
Pflegestufe III:	1 : 1,25.

³Die Absätze 2a, 2b, 6, 6a und 7 gelten entsprechend.

(4) Für weitere Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI, die in Spezialeinrichtungen betreut werden, werden in der Pflegesatzvereinbarung höhere bedarfsgerechte Personalrichtwerte als die in Abs. 2 und 3 genannten vereinbart.

(5) ¹Die Fachkraftquote muss den ordnungsrechtlichen Vorschriften entsprechen. ²Ein höherer Fachkräfteanteil ist einrichtungsindividuell zu vereinbaren.

(6) ¹Für Hauswirtschaft und Technik wird folgender Personalrichtwert festgelegt: bis zu 1 : 5,9 unabhängig von den Pflegestufen. ²Ab dem 1. Januar 2017 gilt ein Personalrichtwert von bis zu 1 : 5,8. ³Die Einrichtungen haben das Recht, den Personalrichtwert ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell als Personalschlüssel zu vereinbaren. ⁴Bei fremdvergebenen Leistungen oder der Leistungserbringung durch zentrale Dienste des Trägers sind entsprechende Personalmengenanteile anzurechnen.

(6a) Die Pflegeeinrichtungen, die Hausgemeinschafts-, Wohngemeinschafts- oder vergleichbare Konzepte umsetzen, haben im Rahmen ihrer Schnittstellengestaltung die Möglichkeit, jeweils bis zu 50 Prozent der Stellenanteile der Pflegehilfskräfte im Bereich der Pflege- und Betreuung und der Kräfte aus dem Bereich der Hauswirtschaft und Technik dem jeweils anderen Bereich zuzuordnen.

(7) ¹Für Leitung und Verwaltung werden folgende Personalrichtwerte festgelegt:

1. ab dem 1. April 2016 ein Richtwert von bis zu 1 : 28 und
2. ab dem 1. Januar 2017 ein Richtwert von bis zu 1 : 27
jeweils unabhängig von den Pflegestufen.

²Die Einrichtungen haben das Recht, den Personalrichtwert ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell als Personalschlüssel zu vereinbaren. ³Bei fremdvergebenen Leistungen oder der Leistungserbringung durch zentrale Dienste des Trägers sind die entsprechenden Personalmengenanteile anzurechnen.

(8) ¹Die mit den Kostenträgern nach § 85 SGB XI zu vereinbarenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung müssen es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung unabhängig von der Größe der Einrichtung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. ²Dabei sind insbesondere die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI, die vertraglichen Regelungen dieses

Rahmenvertrages, Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i.V. mit § 112 SGB XI und die Inhalte des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI zu beachten. ³Tarifvertraglich vereinbarte und ortsübliche Vergütungen sind stets als wirtschaftlich anzusehen (§ 84 Abs. 2 S. 5 SGB XI).

(9) ¹Die wesentlichen individuellen Leistungs- und Qualitätsmerkmale einschließlich der konkreten personellen Ausstattung sind in der Pflegesatzvereinbarung der Pflegeeinrichtung zu vereinbaren. ²Diese ist Bemessungsgrundlage für die Vergütungsvereinbarung.

(10) Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.

(11) ¹Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 Abs. 5 SGB XI. ²Beim 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. ³Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.

(12) ¹Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft nach. ²Ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft ist den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich anzuzeigen.

(13) Änderungen des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekassen mitzuteilen.

(14) Die Regelungen dieses Paragraphen gelten nicht für binnendifferenzierte Einrichtungen, die auch das SGB XII anwenden.

§ 18

Arbeitshilfen

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

§ 19

Nachweis des Personaleinsatzes

(1) ¹Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. ²Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahme sicherzustellen, dass die Ver-

sorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. ³Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.

(2) ¹Um das Verfahren praktikabel und zielführend auszugestalten, wird zur Durchführung des Verfahrens und hinsichtlich der Nachweise Folgendes geregelt:

(a) Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

(b) ¹Die Umsetzung des Personalabgleichs nach § 84 Abs. 6 Satz 3 SGB XI setzt eine vertragliche Vereinbarung über das vorzuhaltende Personal in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung voraus. ²In den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen ist die vom Träger für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung gegliedert nach Berufsgruppen zu regeln. ³Die vereinbarte personelle Ausstattung und deren Einhaltung sind Gegenstand des Personalabgleichs.

(c) ¹Der Träger einer Einrichtung nach § 71 SGB XI hat auf Verlangen einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Einhaltung der Personalschlüssel nachzuweisen. Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst einen zusammenhängenden Zeitraum der letzten sechs abgeschlossenen Kalendermonate vor dem Monat des Zugangs des Verlangens. ³Sofern in diesem Bezugszeitraum eine nicht unerhebliche Personalunterdeckung festgestellt wird, ist der Bezugszeitraum auf zwölf Monate auszudehnen. ⁴Sollte über einen Zeitraum von zwölf Monaten eine durchgängige und nicht unerhebliche Personalunterdeckung bestehen, kann der Bezugszeitraum ausnahmsweise auch über zwölf Monate hinaus verlängert werden.

(d) ¹Pro Kalenderjahr kann in der Regel einmal eine Aufforderung zum Personalabgleich gestellt werden. ²Die für den Personalabgleich erforderlichen Nachweise sind der einen Personalabgleich verlangenden Vertragspartei möglichst in elektronischer tabellarischer Form nach dem Muster der Anlage zu dieser Vorschrift („Anlage zu § 19“) zur Verfügung zu stellen. ³Soweit diese Nachweise nicht ausreichen, um die Einhaltung im gesetzlich vorgesehenen Umfang zu überprüfen, können weitere zum Nachweis geeignete Unterlagen nachgereicht werden.

(e) In den Fällen, in denen sich ein Träger trotz Aufforderung einer den Personalabgleich verlangenden Vertragspartei weigert, den erforderlichen Nachweis im Sinne des § 84 Abs. 6 SGB XI zu erbringen, wird dem Leistungserbringer eine letztmalige Frist von einem Monat zur Vorlage dieses Nachweises gegeben.

(f) ¹Das Ergebnis des Personalabgleichs wird schriftlich festgehalten. ²Wird mit dem Personalabgleich festgestellt, dass die Pflegeeinrichtung die vereinbarte Personalausstattung – unter Beachtung einer möglichen prozentualen Abweichung von nicht mehr als acht Prozent – nicht erfüllt, ist der Pflegeeinrichtung Gelegenheit zu geben, die Gründe für die Abweichung im Einzelnen darzulegen.

(g) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI), ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend dem Verfahren nach § 115 Abs. 3 SGB XI zu kürzen.

Anlage zu § 19 Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI - Nachweis des Personaleinsatzes § 43b SGB XI

Name der Einrichtung:

Versorgungsvertrag:

Personelle Besetzung im Bezugszeitraum vom _____ bis _____

Vereinbarte Personalschlüssel gem. Vereinbarung über Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI

alle Pflegegrade 1 zu	Betreuungskräfte in VK

Personal

Lfd. Nummer	vertraglicher Stellenanteil	tatsächlicher Stellenanteil

Hinweis: Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt

Abschnitt IV

Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 20

Prüfung durch die Pflegekassen

(1) ¹Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit und die Dauer der Pflege im Einzelfall durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen prüfen lassen. ²Dabei gewährt die Pflegeeinrichtung dem MDK die notwendige Unterstützung.

(2) ¹Die Überprüfung sollte grundsätzlich in der Pflegeeinrichtung stattfinden. ²In Ausnahmefällen kann die Überprüfung auch anhand der Pflegedokumentation und anderer geeigneter Unterlagen erfolgen. ³Die Anforderung und Verwendung dieser Unterlagen darf ausschließlich durch Ärzte und Pflegekräfte des MDK erfolgen. Dritte dürfen keinen Zugang zu den Unterlagen erhalten.

§ 21

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(1) ¹Zur 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 beim Pflegeheim einzuholen. ²Die Überprüfung, zumindest die Untersuchung des Pflegebedürftigen, findet mit Einwilligung des Versicherten in Gegenwart der leitenden Pflegefachkraft oder einer von ihr beauftragten anderen Pflegefachkraft statt. ³Das Pflegeheim stellt die Voraussetzungen dafür sicher.

(2) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit und Dauer der Pflegebedürftigkeit, sind diese gegenüber der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem Träger der Pflegeeinrichtung darzulegen und mit dem Pflegebedürftigen und seinem Betreuer zu erörtern.

§ 22

Information

(1) Das Pflegeheim wird über das Ergebnis der Überprüfung und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse unverzüglich informiert.

(2) Sofern der Heimbewohner nach Einschätzung des Pflegeheimes einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet bei seiner Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung zu stellen. Die Aufforderung ist zu begründen und ist auch der Pflegekasse sowie dem zuständigen Sozialhilfeträger zuzuleiten. Die Regelungen des § 87a SGB XI bleiben hiervon unberührt.

Abschnitt V

Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 23

Vergütungsregelung bei Abwesenheit

(1) ¹Soweit der Pflegeplatz vorübergehend aufgrund eines Krankenhausaufenthalts des Pflegebedürftigen, eines Aufenthalts in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder wegen Urlaubs nicht in Anspruch genommen werden kann, ist der Pflegeplatz freizuhalten. ²Ist erkennbar, dass der Pflegebedürftige nicht mehr in die Pflegeeinrichtung zurückkehrt, wirkt das Pflegeheim auf eine unverzügliche Beendigung des Heimvertrags hin.

(2) Die Pflegeeinrichtung informiert die Pflegekasse mit der Monatsabrechnung ihrer Pflegeleistungen über Dauer und Grund der vorübergehenden Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

(3) ¹Bei einer vorübergehenden Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus Gründen nach Absatz 1, die länger als drei Tage andauert, reduziert sich der Gesamtbetrag der im Kalendermonat abzurechnenden täglichen Pflegesätze (einschließlich Altenpflegeausbildungsumlage) nach § 14 Abs. 1 für jeden Tag der vorübergehenden Abwesenheit um einen Betrag von 25% des täglichen Pflegesatzes (einschließlich Altenpflegeausbildungsumlage); dies gilt für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr, bei Aufenthalten in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung unbegrenzt für die Dauer dieser Aufenthalte. ²Satz 1 gilt entsprechend für die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. ³Weitergehende Ansprüche können seitens der Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse und dem Pflegebedürftigen nicht geltend gemacht werden. ⁴Ansprüche nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.

(3) Als Abwesenheit im Sinne dieser Regelung gilt nur die ganztägige Abwesenheit.

(5) Bei Verlegung des Pflegebedürftigen in eine andere Pflegeeinrichtung kann nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtentgelt für den Verlegungstag berechnen.

(6) ¹Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim auszieht wird oder verstirbt. ²§ 8 HeimG bleibt unberührt.

Abschnitt VI

Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 24

Zugang

(1) ¹Prüfern, die nach den Abschnitten IV und VII dieser Vereinbarung zur Prüfung in einem Pflegeheim berechtigt sind, ist nach vorheriger Terminvereinbarung der Zugang zu dem Pflegeheim zu gewähren. ²Das Pflegeheim kann von den zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

(2) Soweit die Räume, die der Prüfer zu betreten hat, einem Hausrecht der Bewohner unterliegen, bedarf der Zugang ihrer vorherigen Zustimmung.

§ 25

Mitwirkung des Pflegeheimes

¹Die Prüfung findet in Gegenwart des oder der Leiterin des Pflegeheimes oder einer von diesem/dieser beauftragten Person statt. ²Das Pflegeheim 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

§ 26

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen. ²Sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Pflegeheim 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 des Pflegeheims ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 27

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegeheims bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. ²Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 26 Abs. 2 keine Einigung zustande, können die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen alleine bestellen.

(2) ¹Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegeheims bzw. dem Verband, dem der Träger des Pflegeheims angehört, schriftlich zu erteilen. ²Sofern Absatz 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. ³Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 28) und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.

(3) ¹Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfungsabwicklung eine hinreichend gründliche Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. ²Die Erteilung von Unteraufträgen bedarf der Zustimmung der Auftraggeber.

§ 28

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

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

(2) Gegenstand der Prüfungen 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 des Pflegeheims oder auf das Pflegeheim insgesamt beziehen.

§ 29

Abwicklung der Prüfung

(1) Ausgangspunkt der Prüfung ist der im Versorgungsvertrag beschriebene Versorgungsauftrag des Pflegeheims sowie die LQV nach § 80 a SGB XI.

(2) ¹Der Träger des Pflegeheims hat dem Sachverständigen die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. ²Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Träger des Pflegeheims abzusprechen. ³Zur notwendigen Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Prüfung ist deren Einverständnis einzuholen.

(3) Der Träger des Pflegeheims 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 des Pflegeheims, gegebenenfalls dem Verband, dem der Träger des Pflegeheims angehört, dem Sachverständigen und den Landesverbänden der Pflegekassen statt.

§ 30

Prüfungsbericht

(1) ¹Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. ²Dieser 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.

³Diese Empfehlungen schließen die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Prüfungsergebnisse einschließlich der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen des Pflegeheims mit ein. ⁴Unterschiedliche 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 des Pflegeheims zuzuleiten.

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

§ 31

Prüfungskosten

¹Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger des Pflegeheims und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Versicherte das Pflegeheim versorgt, jeweils zur Hälfte. ²Dies ist bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. ³Soweit die Prüfung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 1 durchgeführt wird und die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen (§ 27 Abs. 1) tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 32

Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

§ 33

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB X tritt am 12. Dezember 1996 in Kraft.*
- (2) Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende gekündigt werden.
- (3) Wird der Vertrag abschnittsweise gekündigt, gelten die übrigen Abschnitte des Rahmenvertrags weiter. ²Die übrigen Vertragspartner haben jedoch in diesem Fall das Recht, mit einer Frist von sechs Monaten zum Zeitpunkt, an dem die Kündigung nach Absatz 2 wirksam wird, ihrerseits zu kündigen. ³Eine Kündigung kann ohne Zustimmung der übrigen Beteiligten nicht zurückgenommen werden.
- (4) Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragspartner, unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.

*Diese Vorschrift betrifft das Inkrafttreten des Rahmenvertrages in der ursprünglichen Fassung vom 12.12.1996

Protokollnotiz zu § 8 des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI

Empfehlungen im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere die Empfehlungen des Landespflegeausschusses.

Protokollnotiz zu § 15 Absatz 2 Satz 2 des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI

Leistungsbeträge im Sinne des § 15 Absatz 1 Satz 2 des Rahmenvertrages für vollstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI für das Land Baden-Württemberg sind Leistungsbeträge der Pflegekassen.

Protokollnotiz des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zum Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI

1. Bei Versicherten in 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 beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab.
2. Die Befugnisse, die der Vertrag dem MDK einräumt, werden auch dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

Stuttgart, 09. Juli 2002

Leistungsträger:

AOK Baden-Württemberg

Verband der Angestellten Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband

BKK Landesverband Baden Württemberg

IKK Baden-Württemberg

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg

Bundesknappschaft Verwaltungsstelle München

Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln

Landeswohlfahrtsverband Baden

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern

Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der Sozialhilfe in Baden-Württemberg

Leistungserbringer:

Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Baden

Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Württemberg

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart

Caritasverband, Stuttgart

Caritasverband, Freiburg

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Stuttgart

Diakonisches Werk, Württemberg

Diakonisches Werk, Baden

Deutsches Rotes Kreuz, Freiburg

Deutsches Rotes Kreuz, Stuttgart

Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Stuttgart

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Baden-Württemberg e.V., VDAB Mannheim

Verband der Krankenanstalten in privater Trägerschaft in Baden-Württemberg e. V., Freiburg

Anlage 1 gemäß § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg

Präambel

Zur Verbesserung der Lebenssituation für mobile Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Altenhilfeeinrichtungen mit einer therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenzerkrankung und schweren (stark ausgeprägten) Verhaltensauffälligkeiten schließen die Verbände der Leistungserbringer und der Leistungsträger in Baden-Württemberg folgende Rahmenvereinbarung ab.

Ziel dieser Vereinbarung ist es, insbesondere auf der Grundlage des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI und den Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI besondere und bedarfsgerechte Leistungsangebote für den betroffenen Personenkreis zu fördern und umzusetzen.

Die Umsetzung besonderer und bedarfsgerechter Leistungsangebote für den betroffenen Personenkreis dient auch der Verbesserung der Lebenssituation der anderen Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Altenhilfeeinrichtungen

§ 1 Versorgungsvertrag

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen im Einvernehmen mit dem zuständigen Sozialhilfeträger einen Versorgungsvertrag gemäß § 72 ff SGB XI ab, der den besonderen Versorgungsauftrag entsprechend dieser Vereinbarung enthält.
- (2) Für die hierfür erforderlichen besonderen stationären Leistungsangebote sind
 - ein besonderes Betreuungskonzept (§ 3),
 - eine besondere Qualifikation des Betreuungspersonals (§ 4) und
 - eine besondere räumliche Ausstattung, die den Bedürfnissen des Personenkreises entspricht (§ 5), erforderlich.

§ 2 Personenkreis und persönliche Zugangsvoraussetzungen

- (1) Diese Vereinbarung gilt für folgende Personen:

Mobile Personen mit einer therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenzerkrankung, die stationärer Pflege (unabhängig von einer Einstufung) bedürfen und schwere Verhaltensauffälligkeiten aufweisen.

- (2) Das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen wird durch eine Begutachtung des MDK festgestellt.
Die Begutachtung durch den MDK erfolgt auf der Grundlage folgender Unterlagen:
 - a) Diagnose eines Facharztes für Neurologie und/oder Psychiatrie oder eines Facharztes mit der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie, falls vorhanden.
 - b) - Qualifizierte Pflegedokumentation bei bereits bestehender stationärer Versorgung
 - c) - Mini-Mental-State-Test (MMS)
 - d)- Cohen-Mansfield-Scala (CMAI). Bei Aufnahmen aus der Häuslichkeit ist der CMS durch Angehörige/Betreuer oder den ambulanten Pflegedienst auszufüllen.
Schwere und Ausprägung müssen nach dem MMS Test weniger als 13 Punkte betragen.
Die CMS muss folgendes Ergebnis aufweisen: siehe beiliegende Skala.

- (3) Liegen die Zugangsvoraussetzungen bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner auf Dauer nicht mehr vor, ist die Einrichtung verpflichtet, dies den Leistungsträgern unverzüglich mitzuteilen

§ 3 Betreuungskonzept

Die Einrichtung formuliert für das besondere stationäre Leistungsangebot ein verbindliches Pflege- und Betreuungskonzept. Darin sind insbesondere festzulegen,

- die Grundsätze und Leitlinien der Pflege und Betreuung insbesondere im Hinblick auf Tagesablauf, biographieorientierte Planung, Beziehungspflege, Milieuthapie, Leitlinien und Handreichung zum Umgang mit den Bewohnern
- die pflegerischen und psychosozialen Betreuungsleistungen nach Art und Umfang, z.B. Einzelbetreuung, Kleingruppen, Gruppe, Nachtcafe etc.
- die Zielgruppe und die Anzahl der angebotenen Plätze. Die Gruppe muss grundsätzlich 12 Plätze als Mindestgröße umfassen
- die Qualifikation des Personals und die personelle Ausstattung
- die Zusammenarbeit mit psychiatrisch erfahrenen Ärzten oder Krankenhäusern, Therapeuten und Angehörigen
- die Räumlichkeiten und die Ausstattung
- die Maßnahmen der Qualitätssicherung

§ 4 Personelle Ausstattung und Qualifikation

- (1) Die fachliche Leitung des Leistungsangebotes muß die Qualifikation als:
- Krankenschwester / Krankenpfleger
 - Altenpflegerin / Altenpfleger
 - Sozialpädagogin / Sozialpädagoge
 - Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter
 - Heilerziehungspflegerin / Heilerziehungspfleger
 - Altentherapeutin / Altentherapeut
 - Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- haben oder über eine verwandte abgeschlossene Ausbildung verfügen. Darüber hinaus erfüllt sie folgende Anforderungen:
- mind. 3 jährige Berufserfahrung und
 - eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation im Umfang von derzeit 380 Theoriestunden. Für den Nachweis dieser Zusatzqualifikation besteht eine Frist bis zum 31.12.2004.
- (2) Eine eigene verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI ist nicht erforderlich. Dies gilt nicht für Einrichtungen, die ausschließlich dieses Leistungsangebot vorhalten.
- (3) Sämtliche Mitarbeiter/-innen sind regelmäßig fortzubilden. Es ist sicherzustellen, dass angemessene Kenntnisse zum Krankheitsbild, zur Beziehungs- und Milieugestaltung sowie zur Qualitätssicherung vorhanden sind und weiterentwickelt werden.

§ 5 Räumliche Ausstattung

- (1) Die Räumlichkeiten für das besondere stationäre Leistungsangebot bilden einen wichtigen Bestandteil des Milieus und müssen für diesen Personenkreis geeignet sein und vorrangig für ihn zur Verfügung stehen.
- (2) Die bauliche und räumliche Ausstattung sollte folgende Kriterien erfüllen:
 - Ausstattung mit persönlichem, vertrautem Mobiliar
 - Einfache Bedieneinrichtung
 - Gute Beleuchtung (500 Lux in Augenhöhe)
 - Helle Farben
 - Dezent gemusterte Böden, keine spiegelnden Flächen
 - Möglichkeit zur räumlichen Abgrenzung des Bereichs
 - Wohngruppencharakter mit Wohnküche o.ä.
 - Aufenthaltsmöglichkeiten auch im Freien, ebenerdig oder in Form einer Dachterrasse.
 - Helle Flure mit Aufenthaltscharakter
 - Die teilnehmenden Bewohner/-innen müssen die Möglichkeit haben, sich an Gruppenaktivitäten zu beteiligen, sich zurückziehen und ihrem Laufbedürfnis nachgehen zu können. Das setzt voraus, daß geeignete Räumlichkeiten im Zusammenhang und, soweit möglich, in einer Ebene zur Verfügung stehen.

§ 6 Aufnahme

- (1) Bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen (§ 2) erfolgt die Aufnahme der Bewohner/-innen in das besondere Leistungsangebot im Wege der Vereinbarung zwischen der Einrichtung und den Bewohnern/-innen.
- (2) Vor Aufnahme eines Sozialhilfeempfängers wird die Zustimmung des zuständigen Sozialhilfeträgers eingeholt.

§ 7 Prüfungen

- (1) Die Einrichtung verpflichtet sich, die besonderen Anforderungen an das Leistungsangebot für die gesamte Laufzeit des Versorgungsvertrages einzuhalten.
- (2) Für die Prüfung gelten die Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI entsprechend.

**Anlage 2 zum Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege gemäß § 75
Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg
Vergütungszuschläge für pflegebedürftige Personen
gemäß § 43 b SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen in
Baden-Württemberg**

§ 1

Grundlagen

- (1) Auf der Basis des §§ 43 b, 84 Abs. 8, 85 Abs. 8 SGB XI und den Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung werden die nachfolgenden Vereinbarungsinhalte beschlossen.
- (2) Gemäß § 43b SGB XI besteht für alle Pflegebedürftigen (Pflegegrad 2 bis 5) in vollstationären Einrichtungen, auch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung durch die Pflegeeinrichtung.
- (3) Zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen gehören Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI.
- (4) Voraussetzung für die Erbringung der Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung ist, dass der Pflegebedürftige Leistungsbezieher nach dem SGB XI ist. Hierfür ist ein geeigneter Nachweis der zuständigen Pflegekasse ausreichend.
- (5) Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen/gesetzlichen Betreuer nachprüfbar und deutlich darauf hingewiesen werden, dass für das – über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehende – zusätzliche Betreuungsangebot ein Vergütungszuschlag durch die Pflegekassen bezahlt wird.

- (6) Pflegebedürftige haben leistungsrechtlich einen Individualanspruch gegenüber der Pflegeversicherung. Im Sinne dieser Anlage zum Rahmenvertrag ist zusätzliches Personal in den Einrichtungen bereit zu stellen und durch die Pflegeversicherung zu finanzieren.

§ 2

Leistung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung

- (1) Die Einrichtungsträger sind verpflichtet, eine Konzeption vorzuhalten, aus der hervorgeht, worin die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen besteht. Diese Konzeption ist auf Verlangen der jeweils zuständigen Pflegekasse vorzulegen.

Als Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen kommen Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die geeignet sind, das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv zu beeinflussen. Die zusätzliche Betreuung soll sich an den Wünschen und Fähigkeiten der Menschen orientieren und richtet sich nach den Betreuungskräfte-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Die zusätzlichen Leistungen erweitern die Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen. Die regelhaft zu erbringenden Leistungen der Betreuung nach §§ 42, 43 SGB XI bleiben davon unberührt und werden nicht auf die zusätzlichen Betreuungskräfte verlagert. Die zusätzliche Betreuung und Aktivierung ist in enger Kooperation und fachlicher Absprache mit den Pflegekräften, Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und des sonstigen Personals der Pflegeeinrichtung in Form von Gruppen- oder Einzelangeboten zu erbringen.
- (3) Voraussetzung für die Zahlung des Vergütungszuschlages ist die tatsächliche Vorhaltung eines Angebotes von zusätzlicher Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen gem. § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung und die tatsächliche Vorhaltung zusätzlicher Betreuungskräfte, in vollstationären Einrichtungen in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis gemäß § 85 Abs. 8 Nr. 1 SGB XI.
- (4) Die Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte entspricht den Anforderungen der Betreuungskräfte-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.

- (5) Die zusätzlichen Betreuungskräfte werden in der Regel mit einem Schlüssel von 1:20 für die Betreuung der betreffenden Pflegebedürftigen vorgehalten.

§ 3

Vergütungszuschlag und personelle Ausstattung

- (1) Nach § 84 Abs. 8 und § 85 Abs. 8 SGB XI bezahlt die jeweils zuständige Pflegekasse für Pflegebedürftigen einen Vergütungszuschlag, welcher gemäß § 85 Abs. 8 SGB XI zwischen dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung und den Pflegekassen vereinbart wird. Hierbei wird ein Personalschlüssel von, in der Regel, 1 : 20 und 30,42 Berechnungstage je Monat zu Grunde gelegt.
- (2) Mit dem Vergütungszuschlag nach Abs. 1 sind alle Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung für die Pflegebedürftigen abgegolten.

§ 4

Abrechnung und Zahlungsweise

- (1) Der Vergütungszuschlag wird gem. § 87 a SGB XI pro Monat berechnet. Der Zuschlag kann abgerechnet werden, wenn die pflegebedürftige Personen mindestens einen vollen Tag pro Monat in der Pflegeeinrichtung anwesend ist. Bei Pflegebedürftigen, die als Leistungsbezieher über die Kurzzeitpflege oder über die Verhinderungspflege als Erstattungsleistung in vollstationären Einrichtungen betreut werden, erfolgt eine taggenaue Abrechnung des kalendertäglichen Zuschlags orientiert an den tatsächlichen Anwesenheitstagen.

Protokollnotiz zu Abs. 1:

In Ergänzung zu § 4 Abs. 1 gilt in den Fällen, bei denen ein Bewohner innerhalb eines Monats von der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in die vollstationäre Pflege innerhalb derselben Einrichtung wechselt, dass eine Abrechnung der Leistungen nach § 43b SGB XI als Monatspauschale erfolgt, wenn der Bewohner mindestens einen vollen Tag des Monats im Rahmen der vollstationären Pflege in der Einrichtung anwesend ist. Eine zusätzliche taggenaue Abrechnung für die Zeit des Kurzzeitpflege- oder Verhinderungspflegeaufenthaltes

ist nicht möglich. Für die Abrechnung und Zahlungsweise gilt der § 4 Abs. 3 entsprechend.

- (2) Die Zahlungspflicht der Pflegekassen endet dementsprechend mit der Entlassung oder dem Tod der Heimbewohner. Bei Umzug in eine andere Pflegeeinrichtung darf die entlassende Pflegeeinrichtung den Vergütungszuschlag für den Verlegungstag nicht berechnen. Im Umzugsmonat ist bei Wechsel in eine andere Pflegeeinrichtung taggenau abzurechnen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme einer anderen stationären Pflegeeinrichtung (teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung) im selben Monat.
- (3) Die Rechnungsstellung bei vollstationären Einrichtungen erfolgt grundsätzlich gemeinsam mit den Entgelten gegenüber den Pflegekassen. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass bei gemeinsamer Rechnungsstellung mit der Pflegevergütung nach § 85 SGB XI der gesonderte Zuschlag getrennt ausgewiesen wird. Die Vergütungszuschläge werden zum 15. eines jeden Monats fällig. Die Zahlung erfolgt gemeinsam mit der Zahlung der Leistungsbeiträge nach § 43 SGB XI von der Pflegekasse unmittelbar an die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die Rechnungsstellung bei stationären Einrichtungen aufgrund des Leistungsbezugs der Verhinderungspflege sowie Kurzeitpflege erfolgt taggenau. Die stationäre Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass bei gemeinsamer Rechnungsstellung mit den Pflegevergütungen nach § 85 SGB XI der Betrag der gesonderten Zuschläge getrennt ausgewiesen wird. Bei Anspruchsberechtigten die als Leistungsbezieher über Verhinderungspflege in der Einrichtung betreut werden, erfolgt die Rechnungsstellung über die Vergütungszuschläge direkt an die Pflegekasse. Die Bezahlung der Vergütungszuschläge erfolgt analog mit der Zahlung der Leistungsbeträge nach §§ 39,42 SGB XI.
- (4) Bei Versicherten der privaten Pflegeversicherung erfolgt eine Kostenerstattung direkt an den Versicherten.
- (5) Die Regelungen nach § 15 des Rahmenvertrages für Baden-Württemberg nach § 75 SGB XI zur Zahlungsweise gelten entsprechend.

§ 5 Qualitätsprüfung

- (1) Die Einhaltung der Regelungen kann im Rahmen der Vorschriften zur Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI geprüft werden. Darüber hinaus sind die Regelungen und das Verfahren nach § 19 Rahmenvertrag vollstationäre Pflege auch für die Personalausstattung gemäß § 43 b SGB XI anwendbar.
- (2) Sollten einzelne Regelungen dieser Anlage nicht vollumfänglich eingehalten werden, so können von der Pflegekasse für die Dauer der Vertragsverletzung die gezahlten Vergütungszuschläge auch rückwirkend in angemessenem Verhältnis zurückgefordert werden. § 115 Abs. 3 SGB XI gilt entsprechend.

§ 6 Gültigkeit der Anlage zum Rahmenvertrag

Diese Anlage zum Rahmenvertrag gilt gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI für alle vollstationären Einrichtungen.

§ 7 Laufzeit

Diese Anlage zum Rahmenvertrag tritt am 01.01.2017 in Kraft.