

**Rahmenvertrag
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI
für das Land Baden-Württemberg**

vom 14. Oktober 1997

geändert durch Beschluss der „Großen Runde“ vom 08.07.2003 und 14.02.2012

zwischen

- der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,
- den Ersatzkassen
BARMER GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK-Hanseatische Krankenkasse
hkk,
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
- dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,
- der IKK classic, Dresden,
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart,
- der Knappschaft, Regionaldirektion München, München,
unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Baden-Württemberg
- dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln,
- dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
als überörtlicher 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 Anbieter sozialer Dienste e.V., Stuttgart,
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Landesverband Baden-Württemberg
e.V., VDAB Kornwestheim,
- der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., Stuttgart,
- dem Verband der Krankenanstalten in privater Trägerschaft in Baden-Württemberg e.V.,
Sindelfingen

Abschnitt I

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

§ 1

Inhalt der Pflegeleistungen

- (1) Inhalt 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. Die 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) Die Durchführung und Organisation der Pflege richtet sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI sowie der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i. V. mit § 112 SGB XI zu erbringen.

Protokollnotiz:

Soweit im Vertrag auf § 113 SGB XI verwiesen wird, gelten bis zu dessen Umsetzung die bisherigen Vereinbarungen nach § 80 SGB XI alte Fassung weiter.

- (3) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören im Rahmen des durch § 29 Absatz 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 in der Tagespflege:

- das Waschen, Duschen und Baden in begründeten Einzelfällen; in der Regel sind diese Maßnahmen im häuslichen Bereich auszuführen.
Dies beinhaltet dann gegebenenfalls auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit und zurück, das Schneiden von Fingernägeln, das Haarewaschen und -trocknen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in.
- 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.

Die Körperpflege umfasst in der Nachtpflege:

- 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
- das Waschen (Abend-/Morgentoilette), Duschen und Baden in begründeten Einzelfällen; in der Regel sind diese Maßnahmen im häuslichen Bereich auszuführen. Dies beinhaltet dann ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit und zurück, das Schneiden von Fingernägeln, das Haarewaschen und -trocknen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für Fußpflege und zum/zur Friseur/in
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschließlich 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 der 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 selbstständigen 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 überschießendem Bewegungsdrang sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse sind angemessen zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu reduzieren oder zu beseitigen. Bei Nachtgästen wird die Ausgewogenheit des Tages- und Nachtrhythmus angestrebt.

Die Mobilität umfasst:

- alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel;
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen; dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei 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 Tagespflegeeinrichtung;
- das An- und Auskleiden; dies umfasst auch ein An- und Ausziehtraining.

Die Mobilität umfasst in der Nachtpflege zusätzlich:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern
- das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen
- dem gewohnten Lebensrhythmus angepasste Bewegungsmöglichkeiten innerhalb der Pflegeeinrichtung

d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung

Ziel der Hilfe ist es, dem Pflegebedürftigen trotz des durch die Pflegebedürftigkeit bedingten Hilfebedarfs die Führung eines selbstständigen 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 sowie der Bewältigung von Lebenskrisen. Die Nachtpflege unterscheidet sich in den Leistungen von anderen Angeboten. Neben den umfangreichen Vorbereitungen und Absprachen zur Aufnahme werden auch Betreuungs- und Beschäftigungsangebote benötigt. Die Nachtpflegeeinrichtung strebt an, dass sich der Nachtgast in der zunächst fremden Umgebung wohl und sicher fühlt.

e) Leistungen der sozialen Betreuung

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

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Besuchs, 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 Krankenbetrachtung und -überwachung (Messen von Körpertemperatur, Blutdruck, Puls, Blutzucker)
- Einreibung, 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 im einzelnen die erforderlichen Maßnahmen sowie das Datum der Anordnung und sein Namenszeichen in die für den einzelnen Pflegebedürftigen von der Pflegeeinrichtung geführte Pflegedokumentation ein.

cc) Die Verantwortung für die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen liegt beim Träger der Pflegeeinrichtung.

g) Beförderung

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

Fahrdienstvergütung

Die personalkostenunabhängigen Fahrtkosten werden gestaffelt nach Entfernungen wie folgt in die Vergütungen für den pflegebedingten Aufwand eingerechnet:

Bis zu 3 km pro Gast	1,50 Euro
über 3 km bis 10 km pro Gast	3,00 Euro
über 10 km pro Gast	4,50 Euro.

Zu Grunde gelegt wird hierbei die einfache Entfernung zwischen der Einrichtung und dem Abholort des Tagesgastes.

Bei einfacher Inanspruchnahme wird die volle Pauschale berechnet. Wird weder Hin- noch Rückfahrt in Anspruch genommen, erfolgt keine Fahrtkostenberechnung.

Bestehen für Einrichtungen insgesamt dauerhafte, zu begründende Ausnahmen aufgrund örtlicher Besonderheiten (z. B. Topographie) mit Auswirkungen auf die Fahrdienstvergütungen, können auf örtlicher Ebene hiervon abweichende Regelungen vereinbart werden. Diese Ausnahmeregelung tritt ab 01.02.2011 in Kraft und endet zum 31.01.2013.

Das Personal, das die Beförderung sicherstellt, ist in den Personalschlüsseln, die gem. § 17 in der Pflegesatzvereinbarung der Einrichtung vereinbart werden, einbezogen.

§ 2 Unterkunft und Verpflegung

- (1) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Absatz 2 SGB_XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen, beim (zweiten) Frühstück, Mittagessen und Nachmittagsgetränk.

Bei der Nachtpflege gelten als notwendige Speisen und Getränke das Abendessen, Nachtgetränke und das Frühstück.

- (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 der Räumlichkeiten,
- 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,
- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken während der Öffnungszeiten der Pflegeeinrichtung,
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (siehe 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 Absatz 2 Ziffer 2 SGB XI schriftlich zu vereinbaren sind.
- (2) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und deren Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen.

§ 4 Formen der Hilfe

- (1) Gegenstand 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 selber erledigen kann.

Dabei soll die Hilfe auch zur richtigen Nutzung der dem Pflegebedürftigen überlassenen Pflegehilfsmittel anleiten. Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung des Lieferanten in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels. Zur Unterstützung gehören ferner solche Tätigkeiten der Pflegekraft, durch die notwendige Maßnahmen so gestützt werden, dass bereits erreichte Eigenständigkeit gesichert wird oder lebenserhaltende Funktionen 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 Verrichtungen nach § 1 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. Beaufsichtigung oder Anleitung kommen insbesondere bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten in Betracht.
- (4) Die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege sind unter Einbeziehung der Angehörigen sinnvoll aufeinander abzustimmen. Wünsche sind angemessen zu berücksichtigen.
- (5) 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 selbstständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Stellt die Pflegekraft fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter 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) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen. Weiterhin 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,
 - Wäscheversorgung im Sinne des § 2 Abs. 2,
 - Gebäudereinigung
- (2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. Vom Aufwand nach Absatz 1 Satz 2 ist 50 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen. Damit 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 Absatz 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7 Bewilligung der Leistung, Wahl der Pflegeeinrichtung

- (1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der teilstationären 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 teilstationären Einrichtung sowie die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

- (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 von dem Leistungsantrag Kenntnis.
- (3) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl unter den für die teilstationäre Pflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen frei.

§ 8 Tages-/Nachtpflegevertrag

- (1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen schriftlichen Tages-/Nachtpflegevertrag. Darin sind die Einzelheiten der Leistungserbringung (allgemeine Pflegeleistungen inkl. Regelungen über die Fahrtkosten bei teilstationärer Pflege, Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen) und die dazu vereinbarten Entgelte aufzunehmen. Er 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.

Protokollnotiz:

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

- (2) Die Pflegeeinrichtung legt den Landesverbänden der Pflegekassen die Muster ihrer Tages-/Nachtpflegeverträge nach Absatz 1 vor.
- (3) Der Pflegebedürftige informiert die Pflegeeinrichtung über seinen Leistungsanspruch im Sinne des § 7 Absatz 1 gegenüber der Pflegekasse und gegebenenfalls über den Kostenübernahmebescheid des Sozialhilfeträgers.
- (4) Die Pflegeeinrichtung hat sich erstmals vor Aufnahme des Pflegebedürftigen in die teilstationäre Pflege eine schriftliche Erklärung des Pflegebedürftigen vorlegen zu lassen, aus der hervorgeht, bis zu welchem Betrag der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder das anteilige Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bzw. Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch nehmen wird. Über eine Änderung seiner Wahl unterrichtet der Pflegebedürftige die Pflegeeinrichtung schriftlich. Die Pflegeeinrichtung leitet unverzüglich die Erklärung des Pflegebedürftigen an die Pflegekasse weiter. Die Änderung der Wahl gilt ab Anfang des 2. auf den Eingang der Erklärung des Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse folgenden Kalendermonats.

§ 9 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.

§ 10 Qualitätsmaßstäbe

Die Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung sind auf der Grundlage der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i. V. mit § 112 SGB XI und der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI zu erbringen.

§ 11 Leistungsfähigkeit

- (1) Die Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihrer personellen und räumlichen Kapazitäten verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, welche die Pflegeleistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn die von der Einrichtung betreute besondere Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht. Die Vereinbarung im Versorgungsvertrag soll keine Beschränkung auf die Versorgung Pflegebedürftiger bestimmter Pflegestufen enthalten. Einrichtungen der teilstationären Pflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen 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 bzw. mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.
- (2) Teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Dieser ist den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen.
- (3) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Pflegebedürftigen und den Pflegekassen die beauftragte Pflegeeinrichtung.

§ 12 Mitteilungen, Meldepflichten

- (1) Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich über ihre Leistungszuständigkeit, sobald ihr die Erklärung nach § 8 Abs. 4 vorliegt. Diese Information enthält den wesentlichen Inhalt des Leistungsbescheides für den Pflegebedürftigen, insbesondere Aussagen darüber, ob Anspruch auf Leistungen der teilstationären Pflege besteht, die Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe, die Einstufung als Härtefall sowie die Leistungshöhe. Änderungen dieser Sachverhalte sind ebenfalls der Pflegeeinrichtung mitzuteilen.
- (2) Die Pflegeeinrichtung teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn nach ihrer Einschätzung
 - Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
 - die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
 - der Pflegezustand oder die Pflegesituation des Pflegebedürftigen sich verändert (Wechsel der Pflegestufe)

Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen soll die Pflegekasse der Pflegeeinrichtung ihre Entscheidung mitteilen.

§ 13 Dokumentation der Pflege

- (1) Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet u.a.:
 - die Pflegeanamnese,
 - die Pflegeplanung,
 - den Pflegebericht,
 - Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
 - Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen (Leistungsnachweis).
- (2) Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle tägliche Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.
- (3) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat Aufzeichnungen nach Absatz 1 fünf Jahre aufzubewahren.

§ 14 Abrechnungsverfahren

- (1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege beauftragt hat.
- (2) Die Pflegeeinrichtung 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 Absatz 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 Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI sind Teil dieses Rahmenvertrages.
- (4) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen durch die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen oder einem Dritten weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Absatz 3 und 4 SGB_XI bleibt unberührt.

§ 15

Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen

- (1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung erfolgt innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder der von der Pflegekasse benannten Abrechnungsstelle.
- (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 der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.
- (3) Sofern 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 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse vorzulegen.
- (4) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen. Das vertragswidrige Verhalten der Pflegeeinrichtung kann unter den Voraussetzungen des § 74 Absatz 2 SGB XI die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen.
- (5) Beanstandungen der Abrechnung der Pflegeeinrichtung müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang bei den Pflegekassen von diesen bei den Pflegeeinrichtungen erhoben werden.

§ 16

Datenschutz

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

Abschnitt III

Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen nach § 75 Absatz 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 Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i. V. mit § 112 SGB XI und der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI erbringen.
- (2) Gemäß § 75 Abs. 3 SGB XI werden folgende Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung in Tagespflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag unabhängig von der Platzzahl in Form folgender Bandbreiten vereinbart. Die Einrichtungen haben einen Rechtsanspruch, bis zur Obergrenze der Bandbreiten ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell einen Personalschlüssel zu vereinbaren:

Pflegestufe I: 1 : 5,56 bis 1 : 4,56

Pflegestufe II: 1 : 4,63 bis 1 : 3,80

Pflegestufe III: 1 : 3,97 bis 1 : 3,26

Diese Personalschlüssel sind auf der Grundlage einer 8,5-stündigen Öffnungszeit gerechnet. Weicht die Öffnungszeit hiervon ab, werden die Personalschlüssel prozentual angepasst. Die Regelung in § 11 Abs. 1 Satz 5 bleibt hiervon unberührt.

- (3) Für die Betreuung von Demenzkranken in Tagespflegeeinrichtungen im Sinne der Anlage 1 finden die dort genannten Regelungen Anwendung. Dabei gelten folgende Personalrichtwerte/Personalanzahlzahlen:

Pflegestufe I: 1 : 3,46

Pflegestufe II: 1 : 2,89

Pflegestufe III: 1 : 2,48

Diese Personalschlüssel sind auf der Grundlage einer 8,5-stündigen Öffnungszeit gerechnet. Weicht die Öffnungszeit hiervon ab, werden die Personalschlüssel prozentual angepasst. Die Regelung in § 11 Abs. 1 Satz 5 bleibt hiervon unberührt.

- (4) Für den Hauswirtschaftsbereich in Tagespflegeeinrichtungen wird folgender Personalrichtwert festgelegt:

Bis zu 1 : 50, unabhängig von den Pflegestufen.

Die Einrichtungen haben das Recht, den Personalrichtwert von bis zu 1 : 50 ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell als Personalschlüssel zu vereinbaren. Bei fremdvergebenen Leistungen oder der Leistungserbringung durch zentrale Dienste des Trägers sind entsprechende Personalmengenanteile anzurechnen.

- (5) Für Leitung und Verwaltung in Tagespflegeeinrichtungen wird folgender Personalrichtwert festgelegt:

Bis zu 1 : 40, unabhängig von den Pflegestufen.

Die Einrichtungen haben das Recht, den Personalrichtwert von bis zu 1 : 40 ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell als Personalschlüssel zu vereinbaren. Bei fremdvergebenen Leistungen oder der Leistungserbringung durch zentrale Dienste des Trägers sind entsprechende Personalmengenanteile anzurechnen.

- (6) Die 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. Dabei sind insbesondere die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI, die vertraglichen Regelungen dieses Rahmenvertrages, die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe 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. Geltende Tarifverträge werden im Rahmen einer landesweit vergleichenden Betrachtung des jeweiligen Tarifvertragssystems berücksichtigt.¹
- (7) Die wesentlichen individuellen Leistungs- und Qualitätsmerkmale einschließlich der konkreten personellen Ausstattung sind in der Pflegesatzvereinbarung der Einrichtung zu vereinbaren. Diese ist Bemessungsgrundlage für die Vergütungsvereinbarung.
- (8) Der Träger der Einrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.
- (9) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richtet sich nach den in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 Abs. 5 SGB XI. Beim Einsatz des Personals sind
- die Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur selbstständigen 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.
- (10) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegekraft nach.
- (11) Änderungen des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekassen mitzuteilen.

¹ Zu § 17 Abs. 6 Satz 3 geben die Leistungserbringer zu Protokoll: Dabei dürfen kirchliche und caritative Einrichtungen nicht schlechter gestellt werden als Einrichtungen, die BAT-kommunal anwenden.

§ 18 Arbeitshilfen

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

§ 19 Nachweis des Personaleinsatzes

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

- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und 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 gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 4 SGB XI

§ 20 Prüfung durch die Pflegekassen

- (1) Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit und die Dauer der Pflege im Einzelfall durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen prüfen lassen. Dabei gewährt die Pflegeeinrichtung dem MDK die notwendige Unterstützung.
- (2) Die Überprüfung sollte grundsätzlich in der Häuslichkeit stattfinden. In Ausnahmefällen kann die Überprüfung auch anhand der Pflegedokumentation und anderer geeigneter Unterlagen erfolgen. Die 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) 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 bei der Pflegeeinrichtung einzuholen. Wenn die Überprüfung in der Pflegeeinrichtung stattfindet, findet sie mit Einwilligung des Versicherten in Gegenwart der leitenden Pflegefachkraft oder einer von ihr beauftragten anderen Pflegefachkraft statt. Die Pflegeeinrichtung 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) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse unverzüglich informiert.
- (2) Sofern der Tagespflegegast/Nachtpflegegast nach Einschätzung der Einrichtung einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Einrichtungsträgers 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 Absatz 2 Nr. 5 SGB XI

§ 23

Vergütungsregelung bei Abwesenheit

- (1) Bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen wird der Pflegeplatz freigehalten. Die Pflegeeinrichtung erhält dafür eine Abwesenheitsvergütung nach Absatz 5, sofern nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt wird.
- (2) Teilt der Pflegebedürftige der Pflegeeinrichtung mindestens 14 Kalendertage vor Beginn seiner Abwesenheit mit, dass er die Leistung der Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch nimmt, besteht kein Anspruch nach Absatz 1.
- (3) Die Vergütung nach Absatz 5 wird für längstens 20 Nutzertage im Kalenderjahr je Pflegebedürftigem bezahlt.

- (4) Die regelmäßigen Nutzertage nach Absatz 3 ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegebedürftigen (§ 8 Abs. 1).
- (5) Als Abwesenheitsvergütung kann die Pflegeeinrichtung für jeden Nutzertag 75 % des für die jeweilige Pflegeklasse zu zahlenden täglichen Pflegesatzes und des zu zahlenden Entgeltes für Unterkunft und Verpflegung berechnen. Ansprüche nach § 82 SGB XI bleiben unberührt.

Abschnitt VI

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

§ 24 Zugang

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

§ 25 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

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

Abschnitt VII

Verfahren und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten nach § 75 Absatz 2 Nr. 7 SGB XI

§ 26 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.

§ 27

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 § 26 Absatz 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 der Pflegeeinrichtung angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Absatz 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 28) 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.

§ 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 Absatz 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.

§ 29

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

§ 30 Prüfungsbericht

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

- den Prüfungsauftrag,
- die Vorgehensweise bei der Prüfung,
- die Einzelergebnisse der Prüfung bezogen auf die Prüfungsgegenstände,
- die Gesamtbeurteilung,
- die Empfehlungen zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

Diese Empfehlungen schließen die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Prüfungsergebnisse einschließlich der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung mit ein.

Unterschiedliche Auffassungen, die im Abschlussgespräch nicht ausgeräumt werden konnten, sind im Prüfungsbericht darzustellen.

- (2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der im Prüfungsauftrag vereinbarten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Träger der Pflegeeinrichtung zuzuleiten.
- (3) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfungsbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden.

§ 31 Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger der Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Versicherte die Pflegeeinrichtung versorgt, jeweils zur Hälfte. Dies ist bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Soweit die Prüfung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 1 durchgeführt wird und die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen (§ 27 Absatz 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 XI tritt am 01. Dezember 1997 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 Rahmenvertrages weiter. Die 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. Eine 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.

Protokollnotiz

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.
zum Vertrag 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 Medizinischen Dienst der Krankenkassen einräumt, werden auch dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

Protokollnotiz

der Vertragsparteien zum Vertrag gem. § 75 SGB XI

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass als Berechnungsgrundlage für die Pflegesatzvereinbarung der Pflegeeinrichtung eine Auslastungsquote von 90 % zugrunde zu legen ist.

Stuttgart, Kornwestheim, Ludwigsburg, Karlsruhe, München, Köln, Freiburg, Mannheim, den
14.10.1997

Leistungsträger:

AOK Baden-Württemberg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

BKK Landesverband Baden Württemberg

IKK classic, Dresden

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-
Württemberg

Knappschaft, Regionaldirektion München

Verband der Privaten Krankenversicherung
e.V., Köln

Kommunalverband für Jugend und
Soziales Baden-Württemberg

Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger
der Sozialhilfe in Baden-Württemberg

Leistungserbringer:

Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Baden
e.V., Karlsruhe

Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Würt-
temberg e.V., Stuttgart

Baden-Württembergische Krankenhausge-
sellschaft e.V., Stuttgart

Caritasverband der Diözese Rottenburg-
Stuttgart e.V., Stuttgart

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg
e.V., Freiburg

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band, Landesverband Baden-Württemberg
e.V., Stuttgart

Diakonisches Werk der evangelischen Kir-
che in Württemberg e.V., Stuttgart

Diakonisches Werk der Evangelischen
Landeskirche in Baden e.V., Karlsruhe

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband
Badisches Rotes Kreuz e.V., Freiburg

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband
Baden-Württemberg e.V., Stuttgart

Bundesverband Privater Anbieter sozialer
Dienste e. V., Stuttgart

Verband Deutscher Alten- u. Behindertenhilfe
Landesverband Baden-Württemberg e.V.,
VDAB Kornwestheim

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

Anlage 1 gemäß § 18 Abs. 3 des Rahmenvertrags für teilstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg

Rahmenvereinbarung

Präambel

Zur Verbesserung der Lebenssituation für mobile Gäste in Tagespflegeeinrichtungen 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 Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 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 Betreuungssituation der anderen Gäste der Tagespflegeeinrichtungen.

§ 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 teilstationären 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 teilstationärer 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 einem Gast auf Dauer nicht mehr vor, ist die Einrichtung verpflichtet, dies den Leistungsträgern unverzüglich mitzuteilen.

§ 3 Betreuungskonzept

Die Einrichtung formuliert für das besondere teilstationäre 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, Milieuthherapie, Leitlinien und Handreichung zum Umgang mit den Gästen der Tagespflegeeinrichtung
- die pflegerischen und psychosozialen Betreuungsleistungen nach Art und Umfang, z.B. Einzelbetreuung, Kleingruppen, Gruppe, etc.
- die Zielgruppe und die Anzahl der angebotenen Plätze. Die Gruppe muss grundsätzlich 10 Plätze als Mindestgröße umfassen
- die Qualifikation des Personals und die personelle Ausstattung
- die Zusammenarbeit mit psychiatrisch erfahrenen Ärzten oder Krankenhäusern, Therapeuten, Angehörigen und ambulanten Diensten
- 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.

(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 teilstationäre 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:

- Einfache Bedieneinrichtung
- Gute Beleuchtung
- 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
- Die Gäste der Tagespflegeeinrichtung 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 Gäste in das besondere Leistungsangebot im Wege der Vereinbarung zwischen der Einrichtung und dem Gast.
- (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.

Cohen-Mansfield-Skala angepasst B-W

Nr.	Verhalten							
		nie	weniger als 1x pro Woche	1x oder 2x pro Woche	mehrm. wöchentl.	1x oder 2x täglich	mehrm. täglich	mehrm. in der Stunde
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1	Schlagen (auch selbst)	0	0	0	0	0	0	0
2	Treten	0	0	0	0	0	0	0
3	Anfassen anderer (mit schmutziger Hand)	0	0	0	0	0	0	0
4	Stossen (mit Gefahr von Stürzen)	0	0	0	0	0	0	0
5	Werfen mit harten Gegenständen	0	0	0	0	0	0	0
6	Beißen	0	0	0	0	0	0	0
7	Kratzen/Kneifen	0	0	0	0	0	0	0
8	Bespucken anderer	0	0	0	0	0	0	0
9	Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)	0	0	0	0	0	0	0
10	Zerreißen von Kleidungsstücken oder Zerstören des einen oder anderen fremden Eigentums	0	0	0	0	0	0	0
11	Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	0	0	0	0	0	0	0
12	Eindringen in fremde Räume/Liegen in fremden Betten	0	0	0	0	0	0	0
13	Inadäquates Anziehen/Ausziehen	0	0	0	0	0	0	0
14	Gefährdung durch das Weglaufen	0	0	0	0	0	0	0
15	Absichtliches Fallen	0	0	0	0	0	0	0
16	Essen oder Trinken ungeeigneter Substanzen	0	0	0	0	0	0	0
17	Nahrungsverweigerung	0	0	0	0	0	0	0
18	Urinieren/Einkoten in den Wohnräumen (nicht als Folge der Inkontinenz)	0	0	0	0	0	0	0
19	Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen aus fremden Zimmern)	0	0	0	0	0	0	0
20	Ausführen von Manierismen (Klopfen, Klatschen usw.)	0	0	0	0	0	0	0
21	Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar	0	0	0	0	0	0	0
22	Anhaltendes Schreien	0	0	0	0	0	0	0
23	Abweichende Vokalisation (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.)	0	0	0	0	0	0	0
24	Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerren aus dem Bett durch die Bettgitter usw.)	0	0	0	0	0	0	0
25	Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe	0	0	0	0	0	0	0

Auswertung: Schwere (stark ausgeprägte) Verhaltensauffälligkeit liegt vor, wenn mindestens der Nachweis einer Verhaltensauffälligkeit im schwarz markierten Bereich oder drei Auffälligkeiten im grau unterlegten Segment vorhanden sind. ? Bei Verhaltensstörungen, die mit ? gekennzeichnet sind, muss die Notwendigkeit einer besonderen Betreuung schlüssig begründet werden (insbesondere Beschreibung der Störung, Art der Gefährdung oder Schädigung). Name des Bewohners: Name des Untersuchers: Datum: