

R a h m e n v e r t r a g gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung¹

zwischen

den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen

- AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*
- BKK Landesverband Mitte
- IKK classic*
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen für
 - die Techniker Krankenkasse (TK)
 - die BARMER GEK
 - die DAK-Gesundheit
 - die Kaufmännische Krankenkasse – KKH
 - die HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - die Handelskrankenkasse (hkk)
- SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse*
- Knappschaft - Regionaldirektion Nord*

* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

und

den in der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vertretenen Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e. V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e. V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e. V.

¹ Diese zum 01.09.2015 geänderte Fassung des Rahmenvertrages gilt vorbehaltlich der Bestandskraft der Entscheidung der Niedersächsischen Schiedsstelle für die Pflegeversicherung vom 25.07.2015 (Az. 3 SH 4.14-475-20-66). Sollte dieser Schiedsspruch durch rechtskräftige Entscheidung eines Sozialgerichtes ganz oder teilweise aufgehoben werden, entfällt/ entfallen die entsprechende(n) Passage(n) des Rahmenvertrages und sind unter Berücksichtigung der gerichtlichen Entscheidung neu zu vereinbaren.

- Diakonische Werke in Niedersachsen, vertreten durch das Diakonische Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e. V.
- Jüdische Wohlfahrt Hannover
- Arbeitsgemeinschaft der Caritasverbände in Niedersachsen
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e. V.
- Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen, vertreten durch das Deutsche Rote Kreuz Landesverband Niedersachsen e. V.

und

den in der Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen zusammengeschlossenen Verbänden der privaten Pflegeeinrichtungen

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

und

der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger, vertreten durch

- Niedersächsischer Landkreistag
- Niedersächsischer Städtetag
- Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN)

und

des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel S. 6

Abschnitt I

§ 1 - Gegenstand des Vertrages S. 7

Abschnitt II - Inhalt der Leistungen

§ 2 - Inhalt der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen S. 7

§ 3 - Formen der Hilfe S. 14

§ 4 – Pflegehilfsmittel S. 14

§ 5 - Pflegeeinsätze bei Pflegegeldleistung S. 14

Abschnitt III - Allgemeine Bedingungen der Pflege und Betreuung einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte

§ 6 - Wahl des Pflegedienstes S. 15

§ 7 - Organisatorische Voraussetzungen S. 15

§ 8 – Qualitätsmaßstäbe S. 16

§ 9 – Leistungsfähigkeit S. 16

§ 10 – Mitteilungen S. 17

§ 11 - Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit S. 17

§ 12 - Dokumentation der Pflege S. 17

§ 13 – Leistungsnachweis S. 19

§ 14 – Abrechnungsverfahren S. 20

§ 15 – Zahlungsweise S. 21

§ 16 – Datenträgeraustausch S. 22

§ 17 – Beanstandungen S. 23

§ 18 – Datenschutz S. 23

Abschnitt IV - Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungs-bezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegedienste

§ 19 - Sicherstellung der Leistungen/ Qualifikation des Personals S. 23

§ 20 – Arbeitshilfen S. 24

§ 21 - Nachweis des Personaleinsatzes S. 25

Abschnitt V - Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege

§ 22 – Unbesetzt S. 25

§ 23 - Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, durch
Prüfer der MEDICPROOF GmbH und andere bestellte Gutachter S. 25

Abschnitt VI - Zugang des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Sachverständiger zu den Pflegediensten

§ 24 – Zugang S. 26

§ 25 - Mitwirkung des Pflegedienstes S. 26

Abschnitt VII - Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 26 - Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung... S. 26

§ 27 - Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen S. 27

§ 28 - Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand S. 27

§ 29 - Abwicklung der Prüfung S. 28

§ 30 – Prüfungsbericht S. 28

Abschnitt VIII - Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten

§ 31 – Zielsetzung S. 29

§ 32 – Einzugsbereich S. 29

§ 33 – Anpassung S. 30

Abschnitt IX - Schlussvorschriften

§ 34 - Beteiligung von weiteren Personen und Organisationen an der Betreuung
Pflegebedürftiger S. 30

§ 35 - Inkrafttreten, Kündigung, Anpassung S. 31

Anlagen

Anlagen 1, 1a, 1b (gemäß § 2 Abs. 6)

Anlage 1

Niedersächsischer Leistungskomplexkatalog für ambulante
Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Elfter Teil - (SGB XI) S. 36

Anlage 1 a

Leistungsbeschreibung - Grundpflege nach Zeit - S. 64

Anlage 1 b

Leistungsbeschreibung - Betreuungsleistungen nach Zeit - S. 67

Anlage 2 (gemäß § 15 Abs. 2)

Anlage 2

Ermächtigungserklärung S. 69

Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung setzen sich für eine Vertragsgestaltung ein, die ein wirksames und wirtschaftliches ambulantes pflegerisches Leistungsangebot sicherstellt, das dem Leistungsempfänger hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen.

Dadurch soll ein qualitatives, differenziertes, ausreichendes und umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, aus dem der Leistungsempfänger - entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen - seinen individuellen Unterstützungsbedarf auswählen und in Anspruch nehmen kann. Dieses Leistungsangebot soll es ihm ermöglichen, möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung bleiben zu können.

Abschnitt I

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Leistungsempfänger der Pflegekassen mit folgenden Leistungen:

- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 36 SGB XI,
- Betreuungsleistungen nach § 124 i.V.m. § 36 SGB XI,
- häusliche Pflege nach § 39 SGB XI,
- Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Abschnitt II

Inhalt der Leistungen

§ 2 Inhalt der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen

(1) Der ambulante Pflegedienst führt beim pflegebedürftigen Menschen einen Erstbesuch durch, um sich über die aktuelle Pflegesituation des pflegebedürftigen Menschen und das pflegerelevante Umfeld zu informieren. Dabei sind erkennbare Probleme, Risiken und Gefährdungen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des pflegebedürftigen Menschen zu erfassen. Die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege, die Notwendigkeit von vorbeugenden Maßnahmen gegen Sekundärerkrankungen und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess sind herauszuarbeiten. Der pflegebedürftige Mensch, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen.

Sofern der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen für die pflegerische Versorgung relevante Unterlagen, wie bspw. den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlenen Pflegeplan oder den Versorgungsplan der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vorlegen, sind diese beim Erstbesuch heranzuziehen.

Der ambulante Pflegedienst erfragt, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den pflegebedürftigen Menschen, den Angehörigen, den ambulanten Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. Hierbei ist die soziale und kulturelle Integration des pflegebedürftigen Menschen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.

Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung

Der ambulante Pflegedienst informiert über das Leistungs- und Vergütungssystem und berät bei der Auswahl geeigneter Leistungen nach dem SGB XI (Leistungskomplexe/ Einsätze) sowie über Prophylaxen unabhängig von deren rechtlicher Zuordnung. Den angemessenen Wünschen des pflegebedürftigen Menschen ist dabei Rechnung zu tragen.

Über Art, Inhalt und Umfang der vereinbarten Leistungen wird ein Pflegevertrag gemäß § 120 SGB XI abgeschlossen, in dem auch die vereinbarten Vergütungen dargestellt werden. Dabei weist der ambulante Pflegedienst darauf hin, dass Kosten oberhalb der jeweiligen Sachleistung der Pflegekasse von dem pflegebedürftigen Menschen selbst zu tragen sind.

Soweit sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln und der Anpassung des Wohnraumes ergibt, informiert der ambulante Pflegedienst hierüber die Pflegekasse, die das Weitere veranlasst.

(2) Inhalt der Leistungen sind im Rahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung die im Einzelfall erforderlichen Tätigkeiten 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 in der anerkannten Pflegestufe. Die Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und Mobilität dienen zugleich dem Ziel der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen. Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht.

(3) Leistungen, die die Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit sichern (insbesondere Leistungen nach § 37 SGB V), sind nicht Inhalt der Leistungen nach dem SGB XI.

(4) Die Durchführung und Organisation der Pflege erfolgen gemäß dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse unter Einbeziehung aktivierender Pflege und auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege. Im Rahmen der Pflege sind die Angehörigen/ die pflegende Bezugsperson zu informieren und zu beraten.

(5) Zu den Leistungen gehören je nach Einzelfall Hilfen bei den nachfolgenden Verrichtungen:

A. Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten und Bedürfnissen des Leistungsempfängers. Die Intimsphäre ist zu schützen und der Zeitpunkt der Körperpflege ist mit dem Leistungsempfänger und seinem sozialen Umfeld abzustimmen. Die Pflegekraft unterstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema "Ausscheiden/ Ausscheidungen".

Die Körperpflege umfasst im Einzelnen:

- das Waschen, Duschen und Baden;
dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit, das Schneiden von Fingernägeln, bei Bedarf Kontaktherstellung zur Fußpflege, das Haarewaschen und -trocknen, ggf. Kontaktherstellung zum/ zur Friseur/ -in, Hautpflege,
- die Zahnpflege;
diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene,
- das Kämmen;
einschließlich Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren;
einschließlich der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschließlich der Pflege bei Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, ggf. das Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

B. Ernährung

Ziele der Ernährung

Im Rahmen der Planung von Mahlzeiten und der Hilfen bei der Nahrungszubereitung ist eine ausgewogene Ernährung anzustreben. Der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln ist zu fördern und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Der Leistungsempfänger ist bei der Essen- und Getränkeauswahl, der Zubereitung und Darreichung sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrundeliegenden Problemen erforderlich.

Die Ernährung umfasst:

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

C. Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziel der Mobilität ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit in der häuslichen Umgebung. Dazu gehört auch die Förderung einer sicheren Umgebung durch eine regelmäßige Überprüfung des Wohnumfeldes in Bezug auf erforderliche Veränderungen (z.B. Haltegriffe) und eine gezielte Beobachtung des Leistungsempfängers in seiner Umgebung. Unter dem Sicherheitsaspekt ist ggf. eine Beratung über Vorkehrungen für Notfälle und ihren Einsatz (z.B. Notrufsystem, Schlüsseldepot) erforderlich. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel erleichtert den Umgang mit Bewegungsdefiziten.

Beim Aufstehen und Zubettgehen sind Schlafgewohnheiten, Ruhebedürfnisse und evtl. Störungen angemessen zu berücksichtigen. Das gewohnte Bett ist entsprechend den Bedürfnissen des Leistungsempfängers so lange wie möglich

zu erhalten. Die Angehörigen sind auf fachgerechte und schlafstörungsarme Lagerung hinzuweisen.

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 umfasst die Beurteilung der sachgerechten Ausstattung des Bettes mit zusätzlichen Gegenständen und Lagerungshilfen. Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Leistungsempfänger das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen innerhalb/ außerhalb des Bettes ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontrakturen vorbeugen und Selbständigkeit unterstützen,
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
diese umfassen das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei einem bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Leistungsempfänger zum Aufstehen und sich Bewegen,
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
dabei sind solche Verrichtungen außerhalb der Wohnung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Leistungsempfängers erfordern (z.B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches, Behördengänge); Behördengänge ohne den Leistungsempfänger fallen nicht hierunter,
- das An- und Auskleiden;
dies umfasst auch die Auswahl der Kleidung gemeinsam mit dem Leistungsempfänger sowie die Unterstützung und die Anleitung beim An- und Auskleiden.

D. Hauswirtschaftliche Versorgung

Ziel der hauswirtschaftlichen Versorgung ist die Förderung der Fähigkeit zur Selbstversorgung in einer hygienegerechten Umgebung.

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst:

- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Kochen, einschließlich der Vor- und Zubereitung der Bestandteile der Mahlzeiten,
- das Reinigen der Wohnung in Bezug auf den allgemein üblichen Lebensbereich des Leistungsempfängers,
- das Spülen einschließlich der Reinigung des Spülbereichs,
- das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung; dies beinhaltet die Pflege der Wäsche und Kleidung des täglichen Gebrauchs,
- das Beheizen der Wohnung einschließlich der Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials innerhalb des Hauses.

E. Betreuung

Ziele und Inhalte der Betreuungsleistungen

Die Betreuungsleistungen umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld und schließen insbesondere ein

- die Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
- die Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/ Nachtrhythmus.

Zu den Leistungen der häuslichen Betreuung gehören je nach Einzelfall insbesondere folgende Inhalte:

- Allgemeine Begleitung
 - beim Spaziergang
 - beim Einkauf
 - bei Sportveranstaltungen und kulturellen Veranstaltungen

- bei Veranstaltungen der Gemeinde, Kirchgang
- Beschäftigung und Beaufsichtigung
 - Vorlesen
 - Spielen
 - Unterhaltungen
 - Biografiearbeit (Erinnerungsarbeit).

Keine Leistungen der häuslichen Betreuung sind Fahrdienste, Hilfen bei der schulischen und beruflichen Eingliederung, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII in Verbindung mit dem SGB IX oder Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie therapeutische Leistungen nach dem SGB V.

(6) Die Inhalte der Leistungs- und Vergütungsstruktur regeln der niedersächsische Leistungskomplexxatalog und die Leistungsbeschreibungen für Grundpflege und Betreuungsleistungen nach Zeit, die als Anlage 1, 1 a und 1 b dem Rahmenvertrag beigelegt sind.

Der niedersächsische Leistungskomplexxatalog sowie die Leistungsbeschreibungen gelten, sofern und soweit die niedersächsische Pflegevergütungskommission (PVK) keine anderen Regelungen dazu trifft.

Abweichende Regelungen sind im Einzelfall zwischen den Vertragspartnern nach § 89 Abs. 2 SGB XI möglich.

§ 3 Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe, die

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

Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung

Dabei soll die Hilfe auch zur richtigen Nutzung der dem Leistungsempfänger überlassenen Hilfsmittel anleiten. 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 § 2 gewährleisten muss.

(3) Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf ab, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom Leistungsempfänger 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 Form des Hilfebedarfs orientiert sich an dem häuslichen und sozialen Umfeld des Leistungsempfängers. Dabei sind seine angemessenen Wünsche und Kommunikationsbedürfnisse zu berücksichtigen.

§ 4 Pflegehilfsmittel

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung des Leistungsempfängers sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten.

§ 5 Pflegeeinsätze bei Pflegegeldleistung

(1) Der Pflegedienst führt Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch.

(2) Diese Pflegeeinsätze dienen der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen oder sonstiger Bezugspersonen und der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Bei diesen Pflegeeinsätzen sollen auch Beratung sowie Hilfestellung bei den pflegerischen Problemen geleistet werden.

(3) Die gegenüber den Pflegekassen geltend zu machende Vergütung für diese Pflegeeinsätze richtet sich nach der Entgeltvereinbarung gemäß § 89 SGB XI; § 37 Abs. 3 S. 4 SGB XI bleibt unberührt.

(4) Das Ergebnis des Pflegeeinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI teilt der Pflegedienst auf dem Original des Formulars nach § 37 Abs. 4 S. 2 SGB XI mit. § 10 bleibt unberührt.

Abschnitt III

Allgemeine Bedingungen der Pflege und Betreuung einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte

§ 6

Wahl des Pflegedienstes

Der Leistungsempfänger ist bei der Wahl des Pflegedienstes frei. Wählt er einen Pflegedienst außerhalb des örtlichen Einzugsbereiches seines Wohn- bzw. Aufenthaltsortes, weist der Pflegedienst den Leistungsempfänger darauf hin, dass er zu evtl. entstehenden Mehrkosten herangezogen werden kann.

§ 7

Organisatorische Voraussetzungen

Der Pflegedienst hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- polizeiliches Führungszeugnis für die verantwortliche Pflegefachkraft,

- Mindestpersonal im Umfang von rechnerisch drei Vollzeitkräften mit einer Qualifikation entsprechend des Abschnittes 3.1.6 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege.
Pflegedienste, die vor dem 01.07.2015 zugelassen sind, müssen diese Voraussetzung bis zum 31.12.2015 erfüllen und nachweisen.

§ 8 Qualitätsmaßstäbe

Die vom Pflegedienst zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege in der jeweils gültigen Fassung zu erbringen.

§ 9 Leistungsfähigkeit

(1) Innerhalb ihres Einzugsbereiches sind die Pflegedienste im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten verpflichtet, die Leistungsempfänger zu versorgen, die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. Im Rahmen des Versorgungsauftrages hat jeder Pflegedienst die individuelle Versorgung der Leistungsempfänger mit Leistungen jederzeit, bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.

(2) Pflegedienste, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihren Kooperationspartnern einen Kooperationsvertrag ab. Dieser ist den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen.

(3) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber dem Leistungsempfänger und den Pflegekassen der zugelassene Pflegedienst. Dieser rechnet auch die vom Kooperationspartner erbrachten Leistungen mit den Pflegekassen ab.

§ 10 Mitteilungen

Der Pflegedienst teilt im Einvernehmen mit dem Leistungsempfänger der zuständigen Pflegekasse mit, wenn nach seiner Einschätzung im Laufe des Pflegeprozesses

- Maßnahmen der Prävention oder die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich erscheinen,
- der Pflegezustand oder die Pflegesituation des Leistungsempfängers sich verändert (Wechsel der Pflegestufe),
- der Einsatz von Pflegehilfsmitteln notwendig ist,
- eine Anpassung des Wohnraumes (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) erforderlich wird.

§ 11 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Pflegeleistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Leistungsempfänger nicht beanspruchen und der Pflegedienst nicht zu Lasten der Pflegekassen bewirken.

§ 12 Dokumentation der Pflege

(1) Der Pflegedienst hat auf der Grundlage der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtung-internen Qualitätsmanagements nach § 113 SGBXI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. Veränderungen des Pflegezustandes im Zusammenhang mit den vereinbarten Leistungen sind aktuell zu dokumentieren. Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen für die Pflegesituation relevant

Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung

sowie verhältnismäßig sein und dürfen für die Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.

(2) Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden fünf Bereichen Aussagen, innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt.

Diese Bereiche sind:

- Stammdaten,
- Pflegeanamnese/ Informationssammlung inkl. Erfassung von pflege-relevanten Biografiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweis.

(3) Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. zu erweitern.

(4) Einträge in die Pflegedokumentation müssen mit einem Handzeichen versehen werden.

Der Leistungserbringer hat in geeigneter Form Nachweise über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen der Pflege(fach)kräfte zu führen. Der Nachweis ist regelmäßig zu aktualisieren. Der Nachweis ist zunächst im Rahmen der Antragstellung und in der Folgezeit auf konkrete Anforderung gegenüber einem vertragsschließenden Pflegekassenverband vorzulegen.

(5) Die Unterlagen sind mindestens 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

§ 13 Leistungsnachweis

(1) Der Pflegedienst hat die von ihm erbrachten Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:

- bundeseinheitliches Kennzeichen der Einrichtung gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI (Institutionskennzeichen),
- Versichertennummer des Leistungsempfängers,
- Name des Leistungsempfängers,
- Art und Menge der Leistung,
Beispielsweise:
 - Nummer oder Bezeichnung und Anzahl der Leistungskomplexe
 - Grundpflege oder Betreuung nach Zeit und deren tatsächliches Zeitvolumen in Minuten
- Tag und Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung in Echtzeit (00:00 bis 24:00),
- Handzeichen der Pflegekraft pro Einsatz.

(2) Die vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen sind zeitnah, mindestens einmal wöchentlich vom Leistungsempfänger, ggf. einem Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/ der im Haushalt des Leistungsempfängers lebt, zu unterschreiben. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu kennzeichnen und zu begründen sind, genügt die Unterschrift des Leistungserbringers.

Eine generelle Bevollmächtigung von Mitarbeitern des Pflegedienstes ist nicht zulässig.

(3) Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. In diesen Fällen genügt die Unterschrift des Versicherten, ggf. eines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die/ der im Haushalt des Versicherten lebt, einmal monatlich auf dem Leistungsnachweis. Das Handzeichen der Pflegekraft kann auch per EDV erstellt werden. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis durch Unterschrift bestätigt. Nicht zulässig ist das Einsetzen einer eingescannten Unterschrift.

§ 14 Abrechnungsverfahren

(1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist der Pflegedienst berechtigt, den der Leistungsempfänger mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat. Sofern der Pflegedienst Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über den Pflegedienst mit der Pflegekasse abgerechnet werden.

(2) Der Pflegedienst ist verpflichtet,

- in den Abrechnungsunterlagen die von ihm erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung (00:00 bis 24:00) aufzuzeichnen, soweit technisch möglich kann die Einrichtung die Uhrzeit in Echtzeit angeben,
- in den Abrechnungen sein bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
- die Versichertennummer des Leistungsempfängers gemäß § 101 SGB XI anzugeben.

(3) Mit der monatlichen Abrechnung ist der Pflegekasse der Leistungsnachweis nach § 13 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen. Die Abrechnung der Pflegeeinsätze nach § 5 erfolgt zeitnah unter Beifügung der Nachweise gemäß § 5 Abs. 4.

Die Vertragsparteien streben an, alsbald eine elektronische Übertragung von Abrechnungsdaten und Leistungsnachweisen zu ermöglichen.

(4) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen durch den Pflegedienst vom Leistungsempfänger weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleibt unberührt.

(5) Bei Leistungsempfängern der Privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die mit der Durchführung der Pflege beauftragt wurde, die Pflegeleistungen mit dem Leistungsempfänger selbst ab.

§ 15 Zahlungsweise

(1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde. Beanstandete Rechnungen (§ 17), die in Teilen unstrittig sind, sind insoweit zu begleichen. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungs-erbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.

(2) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Pflegekasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 2 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Pflege-kasse, wenn die Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle die Abrechnungs-unterlagen, die nach diesem Vertrag notwendig sind, einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Pflegekasse liegt bei Eingang der Abrechnungsunterlagen, die nach diesem Vertrag notwendig sind, ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

(3) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 2 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben des Vertrages und des § 6 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Pflegedienst auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer ist der leistungspflichtigen Pflegekasse vorzulegen.

(4) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit den

Pflegekassen abgerechnet, ist der Träger des Pflegedienstes verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

(5) Beauftragt eine Pflegekasse eine Abrechnungsstelle mit der Durchführung der Abrechnung, hat sie zu gewährleisten, dass die Abrechnungsstelle sämtliche Regelungen dieses Vertrages einhält und über Änderungen des Vertrages unverzüglich informiert wird. Die Pflegekasse informiert die Abrechnungsstelle jeweils unverzüglich über die aktuelle Vertragssituation des Pflegedienstes, soweit dies für die Abrechnung relevant ist, und die Ansprüche ihrer Versicherten (Pflegestufe, Sach- oder Geldleistung, Ansprüche nach §§ 45 a ff. SGB XI).

(6) Schädigt die Abrechnungsstelle den Leistungserbringer schuldhaft, so haftet die Pflegekasse für die Abrechnungsstelle gemäß § 278 BGB.

§ 16 Datenträgeraustausch

(1) 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 Datenträgeraustauschs gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI (Einvernehmliche Festlegung vom 28.02.2002 in der jeweiligen gültigen Fassung) sind Teil dieses Vertrages.

Die Lieferung der Segmente „Tag“ und „Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung“ erfolgt in der Feldart M (Mussfeld) entsprechend der Anlage 1 der Einvernehmlichen Festlegung.

(2) Abweichend von § 15 Abs. 1 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Tage. Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer Abrechnungsformulare verlängert sich die Frist auf vier Wochen.

§ 17 Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Dabei ist zugleich mitzuteilen, welche Stelle für die weitere inhaltliche Klärung zuständig ist.

§ 18 Datenschutz

Die Leistungsempfänger- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Der Pflegedienst verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Person des Leistungsempfängers der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Prüfer der MEDICPROOF GmbH sowie den von der Pflegekasse bestellten Gutachtern bzw. Sachverständigen, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Pflegedienst und die Pflegekassen haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85 SGB X bleiben unberührt.

Abschnitt IV Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungs- bezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegedienste

§ 19 Sicherstellung der Leistungen Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung ambulanter Pflegeeinrichtungen muss eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung der Leistungsempfänger auf der Grundlage der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität

Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung

und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI und der vereinbarten Leistungen gewährleisten.

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

(3) Die fachliche Qualifikation des Personals richtet sich nach den gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI. Dabei sind beim Leistungsempfänger und seinen Pflegepersonen

- die Fähigkeit zur selbständigen Ausführung der Verrichtungen oder zur selbständigen Unterstützung oder Beaufsichtigung der Ausführung der Verrichtungen,
- die Versorgungsbedingungen und Risikopotentiale

zu berücksichtigen.

Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

(4) Der Träger des Pflegedienstes weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach.

(5) Änderungen des Hilfeangebots des Pflegedienstes sind den Pflegekassen mitzuteilen.

§ 20 Arbeitshilfen

Der Pflegedienst hat seinen Mitarbeitern im erforderlichen Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Darin nicht enthalten sind abgelehnte Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel.

**§ 21
Nachweis des Personaleinsatzes**

(1) Die Personaleinsätze sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

(2) Bei der Einsatzplanung 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 Leistungsempfänger im Einzelfall einschließlich der dazugehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben sowie
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene wahrzunehmenden Aufgaben des Pflegedienstes

angemessen zu berücksichtigen.

**Abschnitt V
Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege**

§ 22

- Unbesetzt -

§ 23

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, durch Prüfer der MEDICPROOF GmbH und andere bestellte Gutachter

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

(2) Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und anderen bestellten Gutachtern einräumt, werden auch den Gutachtern der MEDICPROOF GmbH eingeräumt.

Abschnitt VI

Zugang des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Sachverständiger zu den Pflegediensten

§ 24 Zugang

Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. oder einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Sachverständigen der Zugang zu den Pflegediensten zu gewähren. Der Pflegedienst kann von den zur Überprüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

§ 25 Mitwirkung des Pflegedienstes

(1) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI mitzuwirken.

(2) Die Prüfung findet in Gegenwart des Leiters oder der Leiterin des Pflegedienstes oder einer von diesem/ dieser beauftragten Person statt. Der Pflegedienst stellt die Voraussetzungen hierfür sicher.

Abschnitt VII

Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 26 Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen führen die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistung gemäß § 79 Abs. 1 SGB XI durch Sachverständige durch.

(2) Der Träger des Pflegedienstes 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 des Pflegedienstes bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, können die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen.

(2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegedienstes bzw. dem Verband, dem der Träger des Pflegedienstes angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 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 Prüfung sind Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGBXI 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 Pflegedienstes oder den Pflegedienst insgesamt beziehen.

§ 29 Abwicklung der Prüfung

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

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

(3) Der Träger des Pflegedienstes benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm und seinen 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 wird dem Träger des Pflegedienstes Gelegenheit zu einem Abschlussgespräch mit dem Sachverständigen und den Landesverbänden der Pflegekassen gegeben.

§ 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 Prüfungsfeststellung. Diese Empfehlungen schließen die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Prüfungsergebnisse einschließlich der Auswirkungen auf den Personal- und

Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen des Pflegedienstes 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 des Pflegedienstes zuzuleiten.

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

Abschnitt VIII

Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten.

§ 31 Zielsetzung

Zur Verwirklichung des Sicherstellungsauftrages sind in den Versorgungsverträgen nach § 72 Abs. 2 SGB XI mit ambulanten Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 Abs. 3 SGB XI die örtlichen Einzugsbereiche so festzulegen, dass eine orts- und bürgernahe sowie wirtschaftliche Versorgung durch Vermeidung langer Wege gewährleistet wird.

§ 32 Einzugsbereich

(1) Grundlage für die Festlegung der örtlichen Einzugsbereiche für die ambulante pflegerische Versorgung ist die kreisfreie Stadt oder der Landkreis. Für die Festlegung von Einzugsbereichen können kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise sowie mehrere Landkreise zusammengefasst werden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung anzubieten; dabei sind beispielsweise die Besiedlungsdichte, Altersstruktur, Topographie, soziale

Infrastruktur und Landespflegeplanung sowie bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

(2) Bei der Abgrenzung der Einzugsbereiche der Pflegedienste sollen auch die Einzugsbereiche angrenzender Bundesländer berücksichtigt werden.

§ 33 Anpassung

Bei einer Änderung der Raumordnung und Landesplanung - insbesondere der Abgrenzung der kreisfreien Städte oder der Landkreise - in einem Bundesland sind die Einzugsbereiche der Pflegedienste entsprechend anzupassen.

Abschnitt IX Schlussvorschriften

§ 34 Beteiligung von weiteren Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger

(1) Die Vertragsparteien unterstützen die Einbindung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlicher Pflegepersonen und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und Organisationen bei der ergänzenden Betreuung Pflegebedürftiger.

(2) Bei der Einbeziehung der in Abs. 1 genannten Personen und Organisationen ist sicherzustellen, dass diese zusätzliche Aufgaben übernehmen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI – bis auf die Aufwendungen nach § 82 b SGB XI - nicht berücksichtigt sind.

(3) Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass die in Abs. 1 genannten Personen und Organisationen begleitet und in die Einrichtungsabläufe einbezogen werden. Die in Abs. 1 genannten Personen und Organisationen sollten möglichst eine feste Ansprechpartnerin/ einen festen Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung haben. Zur Refinanzierung sollen die Möglichkeiten des § 82 b SGB XI genutzt werden.

**§ 35
Inkrafttreten, Kündigung, Anpassung**

(1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.09.2015 in Kraft. Er ersetzt den Rahmenvertrag gemäß § 75 SGBXI zur ambulanten pflegerischen Versorgung in der Fassung vom 01.01.2011.

(2) Für die Kündigung des Vertrages gilt die gesetzliche Kündigungsregelung nach § 75 Abs.5 SGB XI.

Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Partner des Rahmenvertrages, unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.

(3) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen des Rahmenvertrages treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung des Rahmenvertrages bedarf.

(4) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, so verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen

Anlagen 1, 1a, 1b (gemäß § 2 Abs. 6)

Anlage 1 Niedersächsischer Leistungskomplekatalog für ambulante Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Elfter Teil -(SGB XI)

Anlage 1 a Leistungsbeschreibung - Grundpflege nach Zeit -

Anlage 1 b Leistungsbeschreibung - Betreuungsleistungen nach Zeit -

Anlage 2 (gemäß § 15 Abs. 2)

Ermächtigungserklärung

Für die **Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen**

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte,
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt

IKK classic

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

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft – Regionaldirektion Nord, Standort Hannover

Für die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e. V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e. V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e. V.

Diakonische Werke in Niedersachsen
- vertreten durch das Diakonische Werk evangelischer
Kirchen in Niedersachsen e. V.

Jüdische Wohlfahrt Hannover

Arbeitsgemeinschaft der Caritasverbände in Niedersachsen

Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e. V.

Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen
- vertreten durch das Deutsche Rote Kreuz Landesverband
Niedersachsen e. V.

Für die **Landesarbeitsgemeinschaft der Verbänden privater
Pflegeeinrichtungen**

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
ambulanter Dienste Bundesverband e. V.

Bundesverband Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen e. V.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Nordwest e. V.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Für die **Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger**

Niedersächsischer Landkreistag e. V.

Niedersächsischer Städtetag e. V.

Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund e. V.