

Rahmenvertrag über die teilstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein

zwischen

den Landesverbänden der Pflegekassen

- AOK Schleswig-Holstein, Kiel
zugleich handelnd für die Bundesknappschaft,
zugleich handelnd für die See-Krankenkasse, Hamburg
- BKK-Landesverband Nord, Hamburg
- IKK-Landesverband Nord, Lübeck
- Landwirtschaftliche Krankenkasse Landesverband Schleswig-Holstein, Kiel
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Landesvertretung Schleswig-Holstein
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Landesvertretung Schleswig-Holstein

unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Schleswig-Holstein;

und dem Städteverband Schleswig-Holstein sowie dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag, beide handelnd für die örtlichen Sozialhilfeträger,

und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Schleswig-Holstein

sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

und

den Vereinigungen der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein

- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Schleswig-Holstein e.V., Kiel
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V., Hamburg
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Kiel
- Caritasverband für Schleswig-Holstein e.V., Kiel
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Landesverband Schleswig-Holstein- , Kiel
- Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Schleswig-Holstein e.V., Kiel
- Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Landesverband der Inneren Mission e.V., Rendsburg
- Jüdische Gemeinde in Hamburg, Hamburg,
- Kommunaler Pflegeverband Schleswig-Holstein e.V., Kiel

Präambel

Ziel dieses Rahmenvertrages ist die Sicherstellung notwendiger, wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der teilstationären Pflege, die dem Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen.

Dafür soll ein qualitatives, differenziertes, ausreichendes und umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, das die Pflegebedürftigen entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen und ihrem individuellen Unterstützungsbedarf in Anspruch nehmen können.

Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Sozialhilfeträger und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege im Rahmen des SGB XI, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Für Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach BSHG/SGB XII findet dieser Rahmenvertrag keine Anwendung. Die Angebote der Tages- und Nachtpflege richten sich auch an Pflegebedürftige mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und des BSHG/SGB XII sind.

Ziel der Tages- und Nachtpflege ist es, neben der Sicherstellung grundpflegerischer Leistungen und hauswirtschaftlicher Versorgung durch aktivierende Betreuung den Alltag zu gestalten, anzuregen und zu mobilisieren, aber auch ein Gefühl der Geborgenheit, Ruhe und Ausgeglichenheit zu fördern.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

Die zugelassenen teilstationären Pflegeeinrichtungen übernehmen nach Maßgabe dieses Vertrages die Versorgung von Versicherten der Pflegekassen und der Leistungsberechtigten nach dem BSHG/SGB XII. Dieser Vertrag ist für die zugelassenen teilstationären Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unmittelbar verbindlich. Für die Träger der Sozialhilfe gilt dieser Vertrag unter Berücksichtigung der bundes- und landesrechtlichen Regelungen.

Abschnitt I

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

§ 2

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

Einleitung:

Die Leistungen der Grundpflege, sozialen Betreuung und Behandlungspflege stehen als Angebot der teilstationären Einrichtungen gleichwertig nebeneinander. Die Gewichtung bei der Umsetzung der Angebote ergibt sich aus dem individuellen Hilfebedarf und den notwendigen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen in der Tages- und Nachtpflege.

(1) Grundpflege

1. Inhalt der grundpflegerischen Leistungen sind die während des Aufenthaltes in der teilstationären Einrichtung erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung bzw. Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung.
2. Die Durchführung und Organisation der Pflege richtet sich nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die grundpflegerischen Leistungen sind unter Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI zu erbringen.
3. Zu den grundpflegerischen Leistungen gehören:

3.1. Hilfen bei der Ernährung

Die Ernährung und das Getränkeangebot sind ausgewogen, abwechslungsreich und altersgerecht zu gestalten, zu den Hilfen gehört das mundgerechte Zubereiten sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung. Ein angemessenes Getränkeangebot umfasst Kaffee, Tee, Milch und Mineralwasser.

3.2. Hilfen bei der Mobilität

Ziel der Mobilität ist u.a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Ruhebedürfnisse und Schlafgewohnheiten sind angemessen zu berücksichtigen.

3.3. Hilfen bei der Körperpflege

Die Hilfen bei der Körperpflege werden unter Berücksichtigung der individuellen Gewohnheiten nach Bedarf erbracht. Die Leistungen umfassen das Waschen, Duschen oder Baden in begründeten Einzelfällen.

(2) Soziale Betreuung

Soziale Betreuung hilft Vereinsamung, Apathie, Depression und andere psychische Beeinträchtigungen sowie Immobilität zu vermeiden oder zu mindern. Wünschenswert ist die aktive Beteiligung von Angehörigen und die Einbindung der teilstationären Einrichtungen in das Gemeinwesen. Durch gezielte soziale Betreuung werden individuelle Interessen, Fähigkeiten und Kräfte erhalten und gestärkt. Der Tag wird mit neuem Sinn und Inhalt gefüllt. Soziale Betreuung trägt deshalb wesentlich dazu bei, dass einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorgebeugt bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit vermindert wird.

Die soziale Betreuung orientiert sich an der persönlichen Situation und den Interessen der Pflegebedürftigen. In Betracht kommen z.B.:

- altersgerechte körperliche Gymnastik- und Mobilitätsübungen,
- Gesprächsgruppen und -kreise,
- Beratungsangebote bei Konflikt-, Krisen- und Verlustsituationen und -problemen,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Aktivitäten der täglichen Lebensführung,
- Hauswirtschaftstraining,
- Orientierungs-, Gedächtnis- und Entspannungsübungen,
- Spielnachmittage, Vorlesestunden sowie gemeinschaftsfördernde Veranstaltungen,
- Vorbereitende Organisation von Ausflügen und kulturellen Veranstaltungen.

(3) Behandlungspflege

Neben der sozialen Betreuung und den pflegebedingten Aufwendungen (Grundpflege) erbringt die teilstationäre Einrichtung nach Maßgabe des SGB XI auf Grundlage der ärztlichen Anordnung die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Leistungskatalog der Behandlungspflege ist nicht abschließend, umfasst aber grundsätzlich nachstehende Leistungen:

- Injektionen
- Verbandswechsel

- Dekubitusversorgung
- Verabreichung von Sondenernährung bei liegender Sonde und Sondenpflege
- Medikamentenüberwachung und –verabreichung
- Einreibungen und Wickeln
- Blutdruckmessung.

Die Leistungen der Behandlungspflege sind Bestandteil der pflegerischen Leistungen, die mit dem Pflegesatz abgegolten sind. Sie werden von der teilstationären Einrichtung entsprechend den fachlichen Voraussetzungen und der räumlichen und technischen Ausstattung erbracht.

§ 3 Unterkunft und Verpflegung

(1) Die Unterkunft und Verpflegung umfassen die 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 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung, die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Speisen und Getränke.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

- Ver- und Entsorgung;
hierzu zählt z. B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser und Strom sowie Abfall.
- Reinigung;
dies umfasst die Reinigung der Gemeinschaftsräume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume.
- Wartung und Unterhaltung;
dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen. In den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind nach § 82 Abs. 2 Satz 1 SGB XI „Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtungen notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen“ nicht zu berücksichtigen.
- Wäscheversorgung;
die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche.
- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken.
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (s. allgemeine Pflegeleistungen).

§ 4 Zusatzleistungen

(1) Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen nach den §§ 2 und 3 hinausgehenden Leistungen der Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm schriftlich zu vereinbaren sind.

(2) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe (MSGV) vorab mitzuteilen. Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die notwendigen Leistungen der teilstationären Pflege nicht beeinträchtigen.

§ 5 Formen der Hilfe

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

Dabei soll die Hilfe auch zur richtigen Nutzung der dem Pflegebedürftigen überlassenen Pflegehilfsmittel anleiten. Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung durch den Pflegehilfsmittellieferanten in dem 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 aufrecht erhalten werden.

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

(3) Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf ab, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt und Eigen- oder Fremdgefährdungen, z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer, vermieden werden. Zur Anleitung gehört auch die Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens. Beaufsichtigung oder Anleitung kommen insbesondere bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten in Betracht.

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

§ 6 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen; zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen auch für den häuslichen Bereich erforderlich sind, informieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen oder den gesetzlichen Betreuer und verweisen auf die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten. Individuelle Ansprüche des Pflegebedürftigen auf Gewährung von Hilfsmitteln nach SGB V oder anderen gesetzlichen Vorschriften werden hierdurch nicht berührt.

§ 7 Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

- (1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 2 aufgeführten Hilfen.
- (2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 3 genannten Leistungen.
- (3) Aufgrund einer fehlenden Verordnung gemäß § 83 Abs. 1 Nr.2 SGB XI zur Abgrenzung des Inhaltes der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI) von den Leistungen der Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) und von den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) werden ersatzweise die Aufwendungen der allgemeinen Pflegeleistungen und Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung entsprechend der jeweils im vollstationären Bereich gültigen Absprachen zwischen den Partnern dieses Rahmenvertrages aufgeteilt.
- (4) Der den Leistungen nach den §§ 2 und 3 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil für Zusatzleistungen enthalten.

§ 8 Beförderung

Die Pflegeeinrichtung stellt im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung der Pflegebedürftigen von der Häuslichkeit in die Pflegeeinrichtung und zurück sicher, soweit diese nicht von Angehörigen oder anderen nicht an der Pflege beteiligten Personen durchgeführt wird. In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80 a SGB XI ist festzulegen, in welchem Umfang die Beförderung des Pflegebedürftigen sicherzustellen ist. Die Beförderungsdauer muss den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen berücksichtigen. Die Zeiten für die Beförderung sollten im Verhältnis zur Pflegezeit angemessen, wirtschaftlich und leistungsgerecht sein. Für die Beförderung erhält die teilstationäre Pflegeeinrichtung eine tägliche Pauschale die einrichtungsindividuell zu kalkulieren ist. Weiteres regelt § 12 dieses Vertrages.

Abschnitt II

- Allgemeine Bedingungen der Pflege einschl. der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte -

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

§ 9

Bewilligung der Leistung

(1) Pflegebedürftige erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in einer teilstationären Einrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe. Diese Mitteilung ergeht nachrichtlich an den Leistungserbringer.

(2) Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunfts- und Beratungspflichten den Pflegebedürftigen auf evtl. weitergehende Leistungspflichten, u. a. des Trägers der Sozialhilfe, hin.

§ 10

Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl der Pflegeeinrichtung frei. Bei Kostenübernahmen durch den Sozialhilfeträger sind die Vorschriften des BSHG/SGB XII zu berücksichtigen, insbesondere § 9 (2) SGB XII.

(2) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse, soweit erforderlich, auch den zuständigen Sozialhilfeträger über die Aufnahme und Entlassung des Pflegebedürftigen. Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich über ihre Leistungszuständigkeit .

(3) Zur Ermittlung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen ist gem. der Vereinbarung nach § 80 SGB XI zu verfahren.

§ 11

Pflegevertrag

(1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Vertrag über Tages- und/oder Nachtpflege nach dem Heimgesetz. Dieser Vertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen und Empfehlungen nach dem siebten und achten Kapitel des SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung überlässt den Landesverbänden der Pflegekassen ein jeweils gültiges Muster ihres Pflegevertrages nach Abs. 1. Das Muster des Pflegevertrages ist Bestandteil der für den Abschluss eines Versorgungsvertrages erforderlichen Unterlagen.

§ 12 Vergütung

(1) Die von den Pflegebedürftigen zu leistende Vergütung richtet sich nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung. Darin kann ein gesonderter Ausweis der in der Pflegevergütung enthaltenen Fahrtkosten erfolgen.

(2) Die von denjenigen Pflegebedürftigen zu leistende Vergütung, bei denen keine Zuordnung zu einer Pflegestufe erfolgt ist, richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger.

§ 13 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

§ 14 Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege“ und der LQV gemäß § 80 a SGB XI zu erbringen.

§ 15 Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen, die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen. Teilstationäre Einrichtungen erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Leistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung entsprechend dem individuellen Pflegebedarf in der Regel an mindestens 5 Tagen pro Woche und der vereinbarten regelmäßigen Wochenarbeitszeit auf Vollzeitbasis bzw. jeweils mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege täglich zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Pflegeeinrichtungen geschehen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht,

wenn entsprechend dem Versorgungsauftrag die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder die besondere - von der Einrichtung betreute - Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht.

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

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

§ 16 Mitteilungen

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

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der/die Pflegezustand/ -situation des Pflegebedürftigen sich verändert (Wechsel der Pflegeklasse/Pflegestufe). Der Mitteilung ist eine Begründung beizufügen (vgl. § 87 a SGB XI). Die Pflegekassen leiten unverzüglich entsprechende Prüfungen ein.

§ 17 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der jeweiligen Kostenträger bewirken. Die Pflegesätze müssen einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Zusatzleistungen bleiben davon unberührt.

§ 18 Dokumentation der Pflege

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

- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeklasse / Pflegestufe des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
- Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis (z. B. Art und Menge der Leistung, Datum der Leistungserbringung).

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

Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich zu erfassen und von der ausführenden Pflegekraft zu bestätigen.

§ 19 Abrechnungsverfahren

(1) Zur Abrechnung der Leistungen nach den §§ 2, 3 und 8 dieser Rahmenvereinbarung mit den Kostenträgern ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, in der diese Leistungen erbracht wurden. Sofern die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen abgerechnet werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

a) in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pfl egetage, den Pflegesatz und ggf. Grund und Dauer der Abwesenheit aufzuzeichnen,

b) in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie

c) den Namen und die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI sowie seine Pflegestufe anzugeben.

(3) Die Kostenträger können unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur stichproben- oder fallweisen Überprüfung der monatlichen Abrechnungen Einsicht in notwendige Unterlagen verlangen, die §§ 79 und 80 SGB XI bleiben unberührt.

(4) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI sind Teil dieses Rahmenvertrages.

(5) Bei Versicherten 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 der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab. Dieser kann

den Versicherer anweisen, Erstattungsbeträge unmittelbar an die Pflegeeinrichtung auszusahlen.

§ 20 Zahlungsweise

(1) Der dem Pflegebedürftigen zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse – ggf. nach vorrangiger Begleichung der für den gleichen Monat vorliegenden Sachleistungsrechnung eines ambulanten Pflegedienstes - mit befreiender Wirkung unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihnen benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt bei vorrangiger Begleichung von Sachleistungen eines ambulanten Dienstes grundsätzlich nach 45 Tagen, alle weiteren Abrechnungen nach spätestens 30 Tagen. Der zuständige Sozialhilfeträger übernimmt die Kosten nur bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen.

(2) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

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

(4) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit den Kostenträgern abgerechnet, ist der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, den von ihm zu vertretenden Schaden zu ersetzen.

§ 21 Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 22 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 dem jeweiligen Kostenträger 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 §§ 67-85 SGB X bleiben unberührt.

Abschnitt III

- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen -

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 23 Qualifikation des Personals

- (1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung muss den gesetzlichen Regelungen genügen und eine bedarfsgerechte gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation. Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20 % möglichst nicht übersteigen.
- (3) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Regelungen der Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 SGB XI. Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist die Anleitung, Beaufsichtigung und Kontrolle für die Erbringung der Grund- und Behandlungspflege durch Pflegekräfte sicherzustellen.
- (4) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach. Ein Wechsel in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft ist den

Landesverbänden der Pflegekassen zusammen mit dem Nachweis der fachlichen Qualifikation anzuzeigen.

(5) Bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft, z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub, ist die Vertretung durch eine Pflegefachkraft zu gewährleisten, die die dafür maßgebenden Voraussetzungen der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI erfüllt. Die Landesverbände der Pflegekassen sind umgehend über die Vertretungsregelung (Grund, Dauer und vertretende Person) zu informieren, sofern der Ausfall länger als acht Wochen dauert.

§ 24 Arbeitshilfen

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

§ 25 Dokumentation des Personaleinsatzes

Die Dienstpläne sind bedarfsorientiert aufzustellen und nachvollziehbar zu dokumentieren. Bei der Dienstplanung des Personals werden

- 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

berücksichtigt.

Abschnitt IV

- Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege –

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 26 Prüfung durch die Pflegekassen

Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit. Besteht aus Sicht der Pflegekasse in Einzelfällen Anlass, die

Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen, so kann die Pflegekasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zur Frage der Pflegesituation des Pflegebedürftigen unter Einwilligung des Pflegebedürftigen anfordern.

§ 27

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(1) Zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt, Auskünfte und Unterlagen über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit sowie über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Versicherten einzuholen. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen findet die Untersuchung nach Möglichkeit in Gegenwart einer Pflegefachkraft seines Vertrauens statt.

(2) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit und Dauer der Pflege, so werden diese gegenüber der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem Träger der Pflegeeinrichtung dargelegt und mit diesem erörtert.

(3) Die Befugnisse, die die Pflegeeinrichtung dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einräumt, gelten gegenüber dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung entsprechend.

§ 28

Information

(1) Die Pflegeeinrichtung wird unverzüglich über das Ergebnis der Überprüfung nach § 27 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.

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

Abschnitt V

- Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung –

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 29 Abwesenheit des Pflegebedürftigen

(1) Bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen wird aufgrund der heimrechtlichen Vorschriften der teilstationäre Pflegeplatz freigehalten.

Bei Abwesenheit auf Grund von

- Krankenhausaufenthalt
- Krankheit (mit ärztlichen Attest)
- Maßnahmen der stationären Rehabilitation

kann gegenüber den Kostenträgern ein Platzfreihaltgeld für längstens 3 Tage je Person je Kalendermonat berechnet werden.

Bei kurzfristiger Abwesenheit, insbesondere auf Grund persönlicher Entscheidung des Pflegebedürftigen, wird das volle Entgelt für längstens 3 Tage je Kalendermonat gegenüber dem Pflegebedürftigen berechnet. Eine Berechnung gegenüber anderen Kostenträgern ist unzulässig.

(2) Bei geplanter, mit einer Vorlaufzeit von 7 Tagen der Einrichtung bekanntgegebener Abwesenheit, erfolgt keine Berechnung von Entgelten.

(3) Die Höhe des Platzfreihaltgeldes beträgt 100 % des vereinbarten Tages- oder Nachtpflegeentgeltes abzüglich ersparter Lebensmittelaufwendungen und Beförderungspauschalen.

*Protokollnotiz

Abschnitt VI

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 30 Zugang

(1) Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen der Pflegeeinrichtung nach den Abschnitten IV und VII dieser Vereinbarung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Prüfer nach vorheriger Terminvereinbarung, die bei nicht anlassbezogenen Prüfungen 7 Tage im Voraus zu erfolgen hat, der Zugang zu der Pflegeeinrichtung zu gewähren. Die Regelungen des § 80 SGB XI sowie § 114 SGB XI bleiben hiervon unberührt.

(2) Die Pflegeeinrichtung kann von den zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen

§ 31

Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

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

Abschnitt VII

- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten –

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 32

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.

§ 33

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 § 32 Abs. 2 dieser Vereinbarung 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 Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand 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.

§ 34

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

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

(2) Gegenstand der Prüfungen sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI bestehen.

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

§ 35

Abwicklung der Prüfung

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

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

(3) Der Träger der Pflegeeinrichtung benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm und seinem Beauftragten auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen.

(4) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

(5) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung, ggf. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, dem Sachverständigen und den Landesverbänden der Pflegekassen statt.

§ 36 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 einschl. der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung mit ein.

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

(2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der 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.

§ 37 Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger der Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Pflegebedürftige die Pflegeeinrichtung versorgt, jeweils zur Hälfte. Dies ist bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Soweit die Prüfung gem. § 32 durchgeführt wird und die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen (§ 33 Abs. 1 Satz 2), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 38 Prüfungsergebnis

Das Prüfergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

Schlussvorschriften

§ 39

Inkrafttreten, Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt am 01.01.2005 in Kraft.

(2) Er kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von 12 Monaten zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Für den Fall der abschnittswisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte des Vertrages weiter.

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

***Protokollnotiz zu § 29 Abwesenheit des Pflegebedürftigen:**

Die von den Kostenträgern vorgetragene Regelung zur Abwesenheit wird mit der Anpassung des Platzfreihaltgeldes auf 100% durch die Leistungsanbieter akzeptiert. Die Voraussetzung dafür ist, dass Leistungsanbieter und Kostenträger verbindlich die Auslastungsquote von 90% als Kalkulationsgrundlage für die teilstationäre pflegerische Versorgung vereinbaren.

AOK Schleswig-Holstein,
- Die Gesundheitskasse - , Kiel
zugleich handelnd für die Bundesknapp-
schaft,
zugleich handelnd für die See-
Krankenkasse, Hamburg

(Unterschrift)

Arbeiterwohlfahrt Landesverband
Schleswig-Holstein e.V., Kiel



(Unterschrift)

BKK-Landesverband Nord, Hamburg

(Unterschrift)

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bun-
desverband e.V., Hamburg

ARBEITSGEMEINSCHAFT
PRIVATER HEIME
BUNDESVERBAND e.V.
GESCHÄFTSSTELLE NORD



Bundesverband privaten
Anbieter sozialer Dienste e.V.
Landesgeschäftsstelle
Schleswig-Holstein
Hamburger Chaussee 8
24114 Kiel

(Unterschrift)

IKK-Landesverband Nord, Lübeck

(Unterschrift)

Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e.V., Kiel



Bundesverband privater
Anbieter sozialer Dienste e.V.
Landesgeschäftsstelle
Schleswig-Holstein
Hamburger Chaussee 8
24114 Kiel

(Unterschrift)

Landwirtschaftliche Krankenkasse Lan-
desverband Schleswig-Holstein, Kiel

(Unterschrift)

Caritasverband für Schleswig-Holstein
e.V., Kiel



(Unterschrift)

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

Kat

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Landesverband Schleswig-Holstein-, Kiel

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

Kat

(Unterschrift)

Allo Kroll

(Unterschrift)



Schleswig-Holsteinischer Landkreistag, Kiel
handelnd für die Kreise als örtliche Sozialhilfeträger

Donus

(Unterschrift)

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Schleswig-Holstein e.V., Kiel

Strodel

(Unterschrift)



Städteverband Schleswig-Holstein, Kiel
handelnd für die kreisfreien Städte als örtliche Sozialhilfeträger

G. Wehner

(Unterschrift)

Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Landesverband der Inneren Mission e.V., Rendsburg

mmh

(Unterschrift)



Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

i. V. G. Müller

(Unterschrift)

Jüdische Gemeinde in Hamburg, Hamburg

Spas

(Unterschrift)

Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Verbraucherschutz in Schleswig-Holstein
als überörtlicher Sozialhilfeträger

Kommunaler Pflegeverband Schleswig-
Holstein e.V., Kiel



(Unterschrift)



(Unterschrift)