

Rahmenvertrag
gemäß § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI
zur vollstationären Dauerpflege
zwischen

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover,
- dem BKK Landesverband Niedersachsen - Bremen, Hannover,
- dem IKK-Landesverband Nord – Vertretung Niedersachsen, Hannover,
- dem gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Siegburg, vertreten durch die Landesvertretung
Niedersachsen für
Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal,
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH), Hannover
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
hkk, Bremen
Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen - Bremen in Wahrnehmung der
Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989, Hannover,
- der Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,

, , und

dem Land Niedersachsen als überörtlichem Sozialhilfeträger, vertreten durch das
Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hannover,

und

den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger, Hannover, vertreten durch den
Niedersächsischen Landkreistag, Hannover, und den Niedersächsischen Städtetag,
Hannover,

und

den Vereinigungen der Träger der stationären kommunalen Pflegeeinrichtungen, Hannover, vertreten durch den Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund, Hannover, den Niedersächsischen Städtetag, Hannover, und den Niedersächsischen Landkreistag, Hannover,

und

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

- der Arbeiterwohlfahrt Niedersachsen — Landesarbeitsgemeinschaft - Hannover
- der Caritasverbände, vertreten durch den Landesverband für Oldenburg e. V., Vechta
- dem Paritätischen Niedersachsen e. V. -, Hannover
- dem Deutschen Roten Kreuz - vertreten durch den Landesverband Niedersachsen e. V., Hannover
- den Diakonischen Werken in Niedersachsen, vertreten durch das Diakonische Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannovers e.V., Hannover
- dem Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Niedersachsen „Jüdische Wohlfahrt“, Hannover

und

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

- dem Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege - Regionalstelle Nord -, Hannover
- der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. - Landesgeschäftsstelle Niedersachsen Hannover
- dem Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V., Essen
- dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. - Landesgruppe Niedersachsen -, Hannover
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe - Landesgruppe Niedersachsen e.V., Hannover

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover

und

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Berlin.

Präambel

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

Der Rahmenvertrag gilt für die vollstationären Pflegeeinrichtungen der Dauerpflege, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben bzw. für die ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt (§ 73 Abs. 3, 4 SGB XI). Für die Leistungen der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI gilt dieser Vertrag nicht, unabhängig davon, ob diese in Solitäreinrichtungen oder im Rahmen der so genannten eingestreuten Kurzzeitpflege erbracht werden.

Für den Bereich der Behindertenhilfe findet dieser Vertrag keine Anwendung.

Abschnitt I

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

§ 1

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

(2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 113 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung und der in der Pflegesatzvereinbarung festgelegten wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI zu erbringen.

(3) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Die Intimsphäre ist zu schützen. Die Pflegekraft unterstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema „Ausscheiden/Ausscheidungen“.

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden;
dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit, das einfache Schneiden von Fuß- und Fingernägeln, das Haarewaschen und -trocknen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in.
Das einfache Schneiden der Fußnägel gehört nur dann zur Hilfe bei der Körperpflege, wenn dieses nicht risikobehaftet ist.
- die Zahnpflege;
diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parotitisprophylaxe,
- das Kämmen; einschl. Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren; einschl. der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschl. der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschl. der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung (einschl. notwendiger Diätkost) ist anzustreben. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zu Grunde liegenden Problemen erforderlich.

Die Ernährung umfasst:

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

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

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

Beim Zubettgehen und Aufstehen sind Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse angemessen zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu reduzieren oder zu beseitigen.

Die Mobilität umfasst:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;
das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich zu bewegen, z.B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände.
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung;
dabei sind solche Vorrichtungen außerhalb der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern (z. B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches).
- das An- und Auskleiden;
dies umfasst auch ein An- und Ausziehtraining.

(4) Soziale Betreuung

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft

innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige) geschehen kann.

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

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

Die in der Pflegesatzvereinbarung festzulegenden wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI konkretisieren die im Rahmen der sozialen Betreuung zu erbringenden Leistungen.

(5) Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die Pflegeeinrichtungen die bisherigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege weiter, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 43 Abs. 2 und 3 SGB XI). Die in der Pflegesatzvereinbarung festzulegenden wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI konkretisieren die im Rahmen der Behandlungspflege zu erbringenden Leistungen.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

(6) Der pflegebedingte Mehraufwand in der Hauswirtschaft ist in der Aufteilung in § 6 Abs. 1 Satz 2 berücksichtigt.

§ 2

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 Getränke und Speisen. Das weitere wird im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung und der dort zu vereinbarenden wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5 SGB XI) festgelegt.

(2) Unterkunft 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 des Wohnraumes und 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, soweit diese nicht unter § 82 Abs. 2 Ziff. 1 SGB XI fallen.
- Wäscheversorgung;
die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen und maschinelle Bügeln der persönlichen Wäsche und Kleidung im üblichen Umfang und ohne chemische Reinigung.
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (s. allgemeine Pflegeleistungen).

(3) Verpflegung umfasst insbesondere:

- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken.

Regel: 3 Haupt-, 2 Zwischenmahlzeiten sowie nichtalkoholische Getränke nach Bedarf (auch außerhalb der Mahlzeiten) und Diätkost. Darüber hinaus Sonderleistungen zu jahreszeitlichen Festen.

§ 3

Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

(1) Zusatzleistungen sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerische/betreuende Leistungen, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind. Zusatzleistungen sind von daher nur solche Leistungen, für die weder bei den allgemeinen Pflegeleistungen noch bei Unterkunft und Verpflegung bereits eine Vergütung enthalten ist. Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die nach dem Versorgungsvertrag zu erbringenden Leistungen in der vollstationären Pflege nicht beeinträchtigen. Gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 4 SGB XI sind keine Zusatzleistungen.

(2) In der Anlage 1 werden Abgrenzungsbeispiele für die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI dargestellt. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Das Bewohnen von Einzelzimmern stellt grundsätzlich keine Komfortleistung im Sinne von § 88 SGB XI dar, da die dafür tatsächlich entstehenden Kosten bereits in dem Entgelt für Unterkunft enthalten bzw. den gesondert berechenbaren Kosten nach § 82 Abs. 4 SGB XI zuzuordnen sind.

(3) Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Zusatzleistung und die Leistungsbedingungen (u. a. Höhe der gesondert ausgewiesenen Zuschläge) sind den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie und dem örtlich zuständigen Träger der Sozialhilfe vorab mitzuteilen.

§ 4

Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

Dabei soll die Hilfe auch zur richtigen Nutzung der dem Pflegebedürftigen überlassenen Pflegehilfsmittel anleiten. Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung durch den Pflegehilfsmittellieferanten in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels. Zur Unterstützung gehören ferner solche Tätigkeiten der Pflegekraft, durch die notwendige Maßnahmen so gestützt werden, dass bereits erreichte Eigenständigkeit gesichert wird oder lebenserhaltende Funktionen aufrechterhalten werden.

(2) Bei der vollständigen Übernahme der Verrichtungen handelt es sich um die unmittelbare Erledigung der Verrichtungen des täglichen Lebens durch die Pflegekraft. Eine teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegekraft die Durchführung von Einzelhandlungen im Ablauf der 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 selbstständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens. Beaufsichtigung oder Anleitung kommen insbesondere bei psychisch Kranken sowie geistig und/oder seelisch behinderten Pflegebedürftigen in Betracht.

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

§ 5

Sächliche Ausstattung / Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

(1) Zum Erhalt und zur Förderung einer selbstständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind,

veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

(2) Die Abgrenzung der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen hat danach zu erfolgen,

ob es sich bei dem Hilfsmittel um eine individuelle Versorgung speziell für einen Einzelnen handelt und es ausschließlich von diesem genutzt werden kann oder das Hilfsmittel zur Durchführung der Behandlungspflege dient

(Zuständigkeit GKV)

oder aber, ob das Hilfsmittel

- von mehreren Heimbewohnern genutzt werden kann
- im üblichen Pflegebetrieb entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung verwendet wird
- im Rahmen der aktivierenden Pflege benötigt wird
- zur Durchführung der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung dient
- allein zur Prophylaxe eingesetzt wird oder
- zum Verbrauch bestimmt ist

(Vorhaltepflcht Heimträger).

(3) Durch die Regelung werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 SGB V weder aufgehoben noch eingeschränkt.

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen. Weiterhin ist zu den Leistungen nach Satz 1 der ausschließlich mit den allgemeinen Pflegeleistungen und der Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang stehende Aufwand zu 50 % zuzurechnen, soweit er entsteht in den Bereichen

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

- Wäschereinigung,
- Gebäudereinigung,
- Wirtschaftsbedarf, allgemeiner Materialaufwand.

(2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. Vom Aufwand nach Abs. 1 Satz 2 ist 50 % dem Bereich Unterkunft zuzuordnen. Die Lebensmittelkosten sind zu 100% dem Bereich Verpflegung zuzuordnen.

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

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**

§ 7

Bewilligung der Leistung

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Als Antragstellung gilt auch die Übersendung des vereinfachten Antrages laut Anlage 2 an die Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der vollstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

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

§ 8

Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl der Pflegeeinrichtung frei.

(2) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse über die Aufnahme und Entlassung des Pflegebedürftigen. Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich über ihre Leistungszuständigkeit.

§ 9

Heimvertrag

Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Heimvertrag gem. heimrechtlicher Vorschriften.

§ 10

Grundlagen für den Betrieb einer Einrichtung

- a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- b) Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c) eine ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- d) die Sicherstellung der Eignung der Pflegedienstleitung nach den heimrechtlichen Bestimmungen,
- e) Sicherstellung der Eignung der verantwortlichen und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft nach den Bestimmungen des SGB XI
- f) Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und dessen Weiterentwicklung zur Sicherung der Pflegequalität
- g) Benennung des tatsächlichen Zeitpunktes der Betriebsaufnahme bzw. -änderung.

§ 11

Qualitätssicherung

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 113 Abs. 1 SGB XI, in der jeweils gültigen Fassung, zu erbringen. Weitergehende Regelungen sind in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI zu treffen.

§ 12 Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. Einrichtungen der vollstationären Pflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Leistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn entsprechend dem Versorgungsauftrag die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder der/die Pflegebedürftige nicht zu der besonderen Zielgruppe gehört, die die Einrichtung entsprechend dem Versorgungsvertrag bzw. der Pflegesatzvereinbarung betreut.

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

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

§ 13

Mitteilungen

(1) Die Pflegeeinrichtung teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn ihrer Einschätzung nach

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der/die Pflegezustand/-situation des Pflegebedürftigen sich verändert (Wechsel der Pflegestufe/Pflegeklasse),

(2) Die Pflegekasse teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der leistenden Pflegeeinrichtung mit, wenn eine Änderung der Leistungsbewilligung eingetreten ist.

(3) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist die unter § 10 aufgeführten Voraussetzungen für den Einrichtungsbetrieb durch geeignete Unterlagen nach.

(4) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen die Mitteilungen nach Abs. 3 bei erstmaliger Betriebsaufnahme und bei jeder Änderung unverzüglich abzugeben. Änderungsmitteilungen sind darüber hinaus bei Veränderungen der Platzzahl, Trägerwechsel/Änderung der Rechtsform/Vereinigung mehrerer Einrichtungsträger, Adressänderungen der Einrichtung oder des Einrichtungsträgers oder bei einer Betriebseinstellung vorzunehmen.

§ 14

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen sowie das Maß des Notwendigen übersteigen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen und die Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken. Zusatzleistungen bleiben unberührt.

§ 15

Dokumentation der Pflege

Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 113 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet u. a.

- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,

- den Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
- Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen (Nachweis).

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

§ 16

Nachweis der erbrachten Leistungen

(1) Die Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Pflegeleistungen in einem Nachweis als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:

- bundeseinheitliches Kennzeichen der Einrichtung,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeklasse/Pflegestufe des Pflegebedürftigen,
- Art und Menge der Leistung,
- Tagesdatum der Leistungserbringung.

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich im Nachweis nach Absatz 1 zu erfassen und von der Pflegekraft zu bestätigen.

§ 17

Abrechnungsverfahren

(1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat. Sofern die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über die zugelassene Pflegeeinrichtung abgerechnet werden. Die monatliche Abrechnung erfolgt mit dem Faktor 30,42 der Tagesbeträge.

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

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

(3) Mit der monatlichen Abrechnung ist auf Verlangen der Pflegekasse der Nachweis nach § 16 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen.

(4) Die von dem Spitzenverband Bund 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 Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

(5) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen durch die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.

§ 18

Zahlungsweise

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.

(2) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten 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 oder abweichend von dem Bewilligungsbescheid der Pflegekasse erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, ist der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

§ 19

Beanstandungen

Rechnungsbeanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 20

Datenschutz

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

Abschnitt III

**- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche
und leistungsbezogene,
am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung
der Pflegeeinrichtungen -
nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI**

§ 21

Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung der Einrichtung, die Bereitstellung und die fachliche Qualifikation des Personals müssen unbeschadet aufsichtsrechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen gewährleisten. Grundlage sind die gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 113 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung, sowie die jeweils geltende Pflegesatzvereinbarung. Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.

(2) Beim Einsatz des Personals sind

- die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- die Notwendigkeit zur Anleitung, zur Unterstützung, zur teilweisen Durchführung oder vollständigen Übernahme und zur Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- die Risikopotentiale des Pflegebedürftigen und
- das einrichtungsindividuelle Qualitätsmanagement nach Maßgabe der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 113 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung

zu berücksichtigen.

(3) Bis zur Einführung von Personalbemessungsverfahren nach § 75 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI (vgl. Protokollnotiz) werden folgende Personalrichtwerte nach § 75 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI für den Bereich Pflege und Betreuung vereinbart:

Pflegestufe I	1 : 3,65	bis	1 : 4,5
Pflegestufe II	1 : 2,43	bis	1 : 3,0
Pflegestufe III	1 : 1,82	bis	1 : 2,2
Pflegestufe G	1 : 12,16	bis	1 : 14,5 (nachrichtlich)

Zusätzlich ist eine Vollzeitkraft je Pflegeeinrichtung für die Pflegedienstleitung zu berücksichtigen.

(4) Grundsätzlich sind von Absatz 3 abweichende Vereinbarungen bei Vorliegen von Besonderheiten möglich.

Bei einer einrichtungsindividuellen Personalbemessung sind auch die Leistungen nach § 1 dieses Rahmenvertrages unter Beachtung der besonderen Pflege- und Betreuungsbedarfe Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems einschließlich der dazugehörigen Dokumentation für alle Pflegebedürftigen in der jeweiligen Stufe einzubeziehen (vergleiche beispielhafte Aufzählung in der Anlage 4).

(5) Im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege beträgt der Anteil an ausgebildeten Fachkräften mindestens 50%. Dieser Anteil ist auf Basis von Vollzeitstellen zu ermitteln. Zur Ermittlung und Begriffsdefinition gelten die heimrechtlichen Vorschriften.

(6) Bei der einrichtungsindividuellen Personalbemessung ist auch die gesetzliche Verpflichtung der Einrichtungen zu berücksichtigen, Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln.

Zum Erhalt und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements kann im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung ein dafür notwendiger Bedarf im Umfang des Wertes eines Stellenschlüssels von bis zu 1 : 120 vereinbart werden.

Grundlage für ein anwendbares Qualitätsmanagement-Modell sollten folgende Elemente sein:

- Kundenorientierung
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Kosten und Nutzen des Qualitätsmanagements sollten im Einzelfall anhand der eigenen Ausgangsbedingungen ermittelt und bewertet werden.

(7) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach.

§ 22

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 bereiten 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 Betreuungsaufgaben übernehmen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 84 ff. SGB XI – bis auf die Aufwendungen nach § 82b 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. Weitere Hinweise können u.a. der MuG IV-Studie (April 2008)¹ entnommen werden. Zur Refinanzierung sollen die Möglichkeiten des § 82 b SGB XI genutzt werden.

§ 23

Arbeitshilfen

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

¹Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtung (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, April 2008.

Rahmenvertrag in der ab dem 01.01.2009 gültigen Fassung mit den im August 2009 zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich abgestimmten Änderungen zu § 24 Abs. 5 und Anlage 5.

§ 24**Personaleinsatz, Personalabgleich**

(1) Die Einrichtungsträger sind verpflichtet, mit dem vereinbarten Personal die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Sie haben bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird (§ 84 Abs. 6 Satz 1 und 2 SGB XI).

(2) Bei der Dienstplanung des Personals sind

- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten, insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- die Zeiten, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen im Einzelfall einschließlich der dazu gehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene im Sinne des § 8 SGB XI wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen zu berücksichtigen.

(3) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 85 Abs. 2 SGB XI hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird (§ 84 Abs. 6 Satz 3 SGB XI). Für den Personalabgleich können vom Träger der Einrichtung für den Bezugszeitraum nach Abs. 4 insbesondere

- die Personallisten mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und der Qualifikation,
- eine Übersicht der Bewohnerstruktur und
- Dienstpläne

angefordert werden. Sie stellen eine Grundlage für den Personalabgleich dar und sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Der tabellarische Nachweis kann entsprechend der als Anlage 5 beigefügten Musteraufstellung geführt werden.

(4) Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst im Regelfall einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens vier Monaten. Sofern in dem Bezugszeitraum eine Personalunterdeckung festgestellt wird, ist im Regelfall der Bezugszeitraum auf mindestens 6 Monate auszudehnen. Sofern die verlangende Vertragspartei den Bezugszeitraum nicht benennt, sind die letzten vier unmittelbar vor der Aufforderung liegenden Kalendermonate in die Ermittlung des Personalabgleichs einzubeziehen. Die Entscheidung über einen über 6 Monate hinausgehenden Bezugszeitraum obliegt der verlangenden Vertragspartei.

(5) Der Träger der Einrichtung hat sicherzustellen, dass maximal 10 % der auf Nicht-Fachkräfte entfallenden Stellenanteile durch Zivildienstleistende, Praktikanten und Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr abgedeckt werden. Dies ist im Rahmen eines Personalabgleichs gesondert auszuweisen (vgl. Anlage 5).

(6) Der Nachweis gemäß Abs. 3 gilt als erbracht, wenn in dem Bezugszeitraum nach Abs. 4 die Summe der Ist-Stunden gleich der Summe der Soll-Stunden oder höher ist. Die Summe der Ist-Stunden wird durch Auswertung der realen Arbeitszeiten ohne Anrechnung von Fehlzeiten des Personals anhand der Dienstpläne ermittelt. Die Summe der Soll-Stunden wird anhand der vollen Berechnungstage unter Zugrundelegung der vereinbarten Personalschlüssel und auf Basis von 1.567 Jahresarbeitsstunden pro Vollzeitstelle ermittelt.

(7) Gemäß § 84 Abs. 5 Nr. 2 SGB XI sind unter Beachtung des § 21 Abs. 5 auch Aussagen zur Qualifikation der Mitarbeiter zu treffen.

Abschnitt IV

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

§ 25**Prüfung durch die Pflegekassen**

(1) 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 (Anlage 3) anfordern.

(2) Die Pflegeeinrichtung übersendet diese Stellungnahme unverzüglich mit Einwilligung des Pflegebedürftigen an die zuständige Pflegekasse. Die Einholung der Einwilligung obliegt der Pflegeeinrichtung. Verweigert der Pflegebedürftige diese Einwilligung, so informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich die zuständige Pflegekasse.

§ 26**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.

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

(3) Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einräumt, werden auch dem Ärztlichen Dienst der Privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

§ 27**Information**

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 25 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.

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

Abschnitt V**§ 28****Pflegevergütung und Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen
aus der Pflegeeinrichtung nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI**

(1) Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte.

(2) Während der nach Abs. 1 bestimmten Abwesenheitszeiträume verringern sich - soweit drei Kalendertage überschritten werden - die Pflegevergütung, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die Zuschläge nach § 92b SGB XI um 25 vom Hundert. Die Abschlagsbeträge sind kaufmännisch auf volle Euro-Cent-Beträge zu runden. Als Abwesenheitstage gelten nur komplette Abwesenheitstage; Aufnahme- und Entlassungstage zählen als Anwesenheitstage².

² Berechnungsbeispiel siehe Anlage 6

Rahmenvertrag in der ab dem 01.01.2009 gültigen Fassung mit den im August 2009 zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich abgestimmten Änderungen zu § 24 Abs. 5 und Anlage 5.

(3) Der Abschlag gemäß Abs. 2 steht dem Pflegebedürftigen bzw. der Pflegekasse zu. Bezieht der Pflegebedürftige Leistungen nach dem SGB XII, wird der Abschlag mit dem Sozialhilfeträger verrechnet.

(4) Auf Anforderung eines Kostenträgers weist das Pflegeheim die Anwendung der Abschlagsregelung des Abs. 2 und Abs. 3 schriftlich nach.

Abschnitt VI

- Nicht besetzt -

Abschnitt VII

**- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen—
nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI**

§ 29

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 30

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 29 Abs. 2 keine Einigung zu Stande, 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. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 31) und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.

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

§ 31

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

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

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

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

§ 32

Abwicklung der Prüfung

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

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

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

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

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

§ 33

Prüfungsbericht

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

- den Prüfungsauftrag,
- die Vorgehensweise bei der Prüfung,
- die Einzelergebnisse der Prüfung bezogen auf die Prüfungsgegenstände,
- die Gesamtbeurteilung,
- die 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.

§ 34**Prüfungsergebnis**

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII**§ 35****Inkrafttreten und Anpassung**

(1) Der Vertrag tritt am 01.01.2009 in Kraft. Er ersetzt den am 01.02.2005 in Kraft getretenen und mit einem Nachtrag zum 01.01.2007 versehenen niedersächsischen Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege.

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

(3) 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, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlage 1

zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

I.

Anzeige von Zusatzleistungen sowie Verfahren

Bei der Anzeige von Zusatzleistungen ist § 3 Abs. 3 des Rahmenvertrages zu beachten.

Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass bei Pflegesatzverhandlungen vor Ort die Frage der Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen angesprochen und auf die gesetzliche bzw. vertragliche Anzeigepflicht aufmerksam gemacht werden soll.

II.

Welche Leistungen einer Pflegeeinrichtung können Zusatzleistungen sein?

1. Allgemeiner Teil

Zusatzleistungen sind preislich bezifferte, regelhafte Leistungsangebote der Pflegeeinrichtung, die über den Heimvertrag wählbar bzw. jederzeit abwählbar sind, die besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen darstellen.

Da mit den allgemeinen Pflegeleistungen eine umfassende, hochwertige und sachgerechte Pflege von der Pflegeeinrichtung sichergestellt werden muss und kann, darf diese in der Qualität und Quantität nicht durch Zusatzleistungskataloge beeinträchtigt werden. Alle im Einzelfall notwendigen pflegerisch-betreuenden Leistungen sind deshalb als Regelleistung von der Einrichtung zu erbringen. Die Dauer, Intensität und Häufigkeit der zu erbringenden Pflegeleistungen haben die subjektiven Bedürfnisse der Heimbewohner zu berücksichtigen, sofern deren Wunsch nicht außerhalb jeglicher lebenspraktischer Erkenntnis liegt. Die Unterschiedlichkeit der subjektiven Empfindungen und der daraus resultierenden Betreuung hat bei der Gesamtbetrachtung der Pflegeleistungen für die Pflegeeinrichtung im Rahmen der Refinanzierung über die Pflegesätze insgesamt eine ausgleichende Wirkung. Gleichwohl gibt es pflegerisch-

betreuende Leistungen, die zwar nicht notwendig, aber nützlich sind und dem allgemeinen Wohlbefinden der Pflegebedürftigen dienen.

Das vorher Gesagte gilt entsprechend für die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung.

Im Rahmen der Sozialhilfe können Zusatzleistungen nicht übernommen werden, sieht man von Leistungen ab, die im Rahmen des Barbetrages vom Hilfeempfänger eigenverantwortlich abgedeckt werden können. Werden Zusatzleistungen gewählt, bevor der Sozialhilfebedarf eintrat, müssen diese Zusatzleistungen abgewählt werden können, ohne dass die allgemeine Pflege beeinflusst wird. Das Risiko, erbrachte Zusatzleistungen nicht vergütet zu bekommen, trägt der Einrichtungsträger.

Darüber hinaus wird wegen der nach wie vor schwierigen Abgrenzungsfragen auf folgenden Bereich hingewiesen, der außerhalb des SGB XI zu regeln ist:

Neben Zusatzleistungen können grundsätzlich sonstige Leistungen vom Heim angeboten werden, die schon deshalb keine Zusatzleistungen sein können, da sie weder besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung darstellen noch es sich um zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen handelt. Dabei kann es sich bei den „sonstigen Leistungen“ sowohl um Dienstleistungen, investive Aufwendungen oder ein Gemisch aus beiden handeln, welche aber ein direktes Nutzungs-Äquivalent für die Heimbewohnerin/den Heimbewohner haben müssen.

Soweit eine sonstige Leistung nicht als Dauerleistung angeboten wird, entscheidet die Heimbewohnerin/der Heimbewohner über die Inanspruchnahme im Einzelfall und trifft darüber keine Festlegung im Heimvertrag (z. B. Friseurbesuch, Teilnahme an einer Urlaubsreise). Handelt es sich dagegen um Dauerleistungen, ist eine Regelung über das dafür zu leistende Entgelt im Heimvertrag aufzunehmen (z. B. Bewohnen eines Appartements anstatt eines normalen Zimmers).

2. Abgrenzungsbeispiele

(Es erfolgt keine abschließende Aufzählung, vielmehr soll beispielhaft der Charakter von Zusatzleistungen verdeutlicht werden.)

A. Zusatzleistungen über die notwendige pflegerisch-betreuende Leistung hinaus

Zusatzleistungen können sein:

- zeitintensive Schönheitspflege, die über eine notwendige Nagelpflege hinaus geht (z. B. Maniküre oder Pediküre),
- über das übliche Maß hinaus gehende „schöngeistige Betreuung“ (z. B. individueller Vorleseservice, individuelle Auswahl von Musikprogrammen),
- Hilfe bei der Erledigung privater Korrespondenz, soweit diese selbst erledigt werden könnte,
- persönliche Begleitung zu Arztbesuchen, soweit eine Begleitung nicht notwendig, aber von der Heimbewohnerin/dem Heimbewohner gewünscht wird.

Keine Zusatzleistungen sind z. B.:

- häufigeres Duschen bzw. Baden, weil eine besondere Reinlichkeitsnotwendigkeit gegeben ist oder ein besonderes Reinlichkeitsbedürfnis besteht,
- Betreuung und Beaufsichtigung von Personen mit geronto-psychiatrischer Erkrankung,
- Sitzwachen,
- Sterbebegleitung,
- Pflege besonderer Gruppen (z. B. Wachkoma-Patienten),
- tägliches Bettenmachen,
- Hilfe bei der Erledigung privater Korrespondenz, soweit diese nicht selbst erledigt werden kann,
- Gruppenausflüge allgemein,
- aktivierende Gruppenarbeit,
- Organisation von Arztbesuchen.

Diese Leistungen sind bereits durch den Pflegesatz abgegolten.

B. Zusatzleistungen bei Unterkunft und VerpflegungZusatzleistungen können sein:

- Änderung von Kleidungsstücken,
- Reparatur von persönlichen Gegenständen, die nicht zur jeweiligen Grundausstattung des Zimmers gehören,
- chemische Reinigung von Wäsche usw.,
- Mahlzeiten auf dem Zimmer, obwohl an der Gemeinschaftsverpflegung teilgenommen werden kann,
- private Nutzung von Gemeinschaftsräumen u. Ä.,
- Einlagerung privater Gegenstände,

- Sonderkost/Verpflegung nach individuellen Wünschen,
- Fahr- und Begleitdienste im Zusammenhang mit Zusatzleistungen, individuelle Nutzung von Telefon und Fernsehen.

Keine Zusatzleistungen sind z. B.:

- Wäschekennzeichnung, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist, Wäsche instand halten (z. B. Knöpfe annähen),
- Zwischenmahlzeiten, Wahlmenü, Nachmittagskaffee,
- notwendige Getränke (insbesondere Mineralwasser, Tee, Kaffee, Saft, mindestens 2 Liter Flüssigkeit)
- Diätkost,
- Essensversorgung am Bett, soweit erforderlich,
- Entsorgung von privatem Müll,
- Sonderreinigung nach Auszug,
- Pflanzenversorgung (im geringen Umfang),
- private Geldverwaltung (im Sinne von Taschengeldverwaltung), soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

Diese Leistungen sind durch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung abgegolten.

III.

Sonstige Leistungen

Neben Zusatzleistungen können grundsätzlich sonstige Leistungen vom Heim angeboten werden, die schon deshalb keine Zusatzleistungen sein können, da sie weder besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung darstellen noch es sich um zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen handelt. Dabei kann es sich bei den sonstigen Leistungen sowohl um Dienstleistungen, investive Aufwendungen oder ein Gemisch aus beiden handeln, welche aber ein direktes Nutzungsäquivalent für die Heimbewohnerin/den Heimbewohner haben müssen.

1. Sonstige Dienstleistungen

Sonstige Dienstleistungen können z. B. sein:

- Hilfen beim Einzug in die Einrichtung oder Auszug aus der Einrichtung,
- Haustierversorgung,

- Vorhaltung und Bewirtschaftung des Gästezimmers, Bewirtung von Gästen und Ähnliches,
- Unterricht unter fachlicher Leitung (z. B. Erlernen eines Instrumentes),
- Eintrittsgelder und ähnliches im Rahmen von Kultur- und Freizeitwünschen,
- Friseur- und ähnliche Leistungen,
- Hand- und Fußpflege, soweit diese über die Leistungen nach § 1 hinaus geht,
- Urlaubsreisen,
- Fahr- und Begleitdienste im Zusammenhang mit sonstigen Dienstleistungen.

2. Investive Aufwendungen in Abgrenzung zu den gesondert berechenbaren betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 4 SGB XI

Die gesonderte Berechnung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen ist nach § 82 Abs. 4 SGB XI anzuzeigen.

Pflegeeinrichtungen, die ihren Bewohnerinnen und Bewohnern darüber hinaus Leistungen anbieten, für welche Investitionsaufwendungen getätigt worden sind, können diese nicht gem. § 82 Abs. 4 SGB XI den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen. Sie können mit Heimbewohnerinnen/Heimbewohnern nur außerhalb der Bestimmungen des SGB XI vereinbart und abgerechnet werden.

Zahlungen der Heimbewohnerin/des Heimbewohners für nicht betriebsnotwendige Aufwendungen können nicht bei der Ermittlung des einsetzbaren Einkommens für die Gewährung öffentlicher Leistungen berücksichtigt werden. Sie können - wie die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI - auch keinem anderen Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt werden.

Investive Aufwendungen, die über das Kriterium der Betriebsnotwendigkeit hinausgehen, können z. B. sein:

- Bereitstellen von einzelnen Wohnräumen mit besonderer Ausstattung, von herausgehobener Qualität und Größe (daraus ggf. resultierende höhere Unterkunftskosten wären Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI),
- Therapieräume und deren Ausstattung, soweit diese über das Kriterium der Betriebsnotwendigkeit hinaus gehen, so in der Regel Schwimmbäder (über eine Mischkalkulation aus investiven und Betriebskosten dürfte die Inanspruchnahme dieser Leistungen über Eintrittsentgelte zu finanzieren sein.),

- private Rundfunk- und Fernsehgeräte, Telefon-, Faxgeräte u. ä.

Die Inanspruchnahme und Bezahlung der investiven Aufwendungen ist entweder einzelvertraglich oder bei Dauerleistungen über den Heimvertrag zu regeln.

IV.

Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB V

Leistungen nach dem SGB V, auf die der/die Pflegebedürftige einen Anspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat (z. B. Therapien, Hilfsmittel), können niemals Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sein.

Anlage 2 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Vereinfachter Antrag des Pflegebedürftigen bei der Neuaufnahme im Pflegeheim
(§ 7 Abs. 1 des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege)

Name und Anschrift
der Pflegeeinrichtung

an zuständige Pflegekasse

Kurzantrag auf Übernahme der Kosten für vollstationäre Pflege gem. § 43 Abs. 1 SGB XI.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Aufnahmedatum

Pflegestufe

Pflegevergütung

Entgelt für Unterkunft

Entgelt für Verpflegung

Gesondert berechenbare Investitionskosten nach § 82 Abs. 4 SGB XI

Es wird beantragt, die Kosten für die vollstationäre Pflege ab dem Aufnahmedatum zu übernehmen.

Der Versicherte ist damit einverstanden, dass
die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe von
diesem Leistungsantrag unverzüglich Kenntnis gibt. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des
Betreuers bzw. eines Bevollmächtigten oder
nahen Angehörigen

=====
Aufnahmebestätigung
im Sinne von § 8 Abs. 2
Rahmenvertrag:

Rahmenvertrag in der ab dem 01.01.2009 gültigen Fassung mit den im August 2009 zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich abgestimmten Änderungen zu § 24 Abs. 5 und Anlage 5.

Unterschrift und Stempel der Pflegeeinrichtung

Anlage 3 zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Kurze Stellungnahme des Pflegeheimes zur Pflegebedürftigkeit
(§ 25 des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege)

Anschrift der
Pflegeeinrichtung

Anfrage zur Pflegesituation

Sehr geehrte(r) Herr / Frau

Unser(e) Versicherte(r):

Name, Vorname _____

Versicherungsnummer oder

Geburtsdatum _____

bisherige Pflegestufe _____

befindet sich seit dem _____ in Ihrer Einrichtung.

Für uns besteht ein Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen. Dazu bitten wir, Ihre Einschätzung auf der Rückseite anzugeben.

Für Ihre Mithilfe danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Anschrift der Pflegekasse

1. Ist die stationäre Pflege unverändert notwendig?

- ja
- nein

Begründung:

2. Falls stationäre Pflege nicht mehr notwendig ist, welche anderen pflegerischen Maßnahmen können in Betracht kommen?

ambulante Pflege ja nein

Tagespflege ja nein

Nachtpflege ja nein

Begründung:

3. Hat sich der Hilfebedarf des Pflegebedürftigen so verändert, dass eine Neueinstufung notwendig erscheint?

- ja
- nein

Begründung:

Ergänzende Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
der Pflegeeinrichtung

Anlage 4 zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Beispielhafte Aufzählung von Vereinbarungen für den Personenkreis der dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkten Personen, für die die Öffnungsklausel gem. § 21 Abs. 4 angewandt wurde.

Einrichtung	Pflegepersonalschlüssel 1: aufzunehmender Personenkreis			
	G	I	II	III
1	2,81	2,15	1,91	1,78
2	6,5	3,35	2,25	1,95
3	3,15	2,55	2,22	1,83
4	12,16	3,64	2,25	1,82
5	3,90	2,98	2,30	1,85
6	-	3,33	2,22	1,66
7	4,6	2,91	2,19	1,84
8	3,12	2,77	2,43	1,82
9	13,6	6,8	3,1	2,1
10	5,25	2,54	2,15	1,82
11	12,16	3,43	2,31	1,82
12	12,16	3,25	2,16	1,62
13	14,4	4,5	3	2,3
14	12,16	3,52	2,35	1,76

* Bei dieser Vereinbarung von Personalschlüsseln ist zu berücksichtigen, dass verstärkt Hauswirtschaftspersonal zum Einsatz kommt.

Stand: 21.12.2003

Anlage 6 zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Berechnungsbeispiel zu § 28

Ein Pflegebedürftiger der Stufe II wird am 10.03.2009 aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus aufgenommen; die Rückverlegung erfolgt am 24.03.2009.

Für die Pflegestufe II sind folgende Entgelte vereinbart:

Pflegevergütung	57,77 EUR / Tag
Entgelt für Unterkunft	13,16 EUR / Tag
Entgelt für Verpflegung	4,40 EUR / Tag
<u>Summe / Tag</u>	<u>75,33 EUR / Tag</u>

Abrechnung:

Vom 01.03. bis 10.03 = 10 Tage	x 75,33 =	753,30 EUR (voller Tagessatz)
Vom 11.03. bis 13.03 = 3 Tage	x 75,33 =	225,99 EUR (voller Tagessatz)
Vom 14.03. bis 23.03 = 10 Tage	x 56,50 =	565,00 EUR (um 25% reduz. Tagessatz)
Vom 24.03. bis 31.03 = 8 Tage	x 75,33 =	602,64 EUR (voller Tagessatz)
<u>Summe</u>		<u>2.146,93 EUR</u>

Die neue Regelung gilt für alle vorübergehenden Abwesenheiten, die ab dem 01.01.2009 beginnen. D.h., dass beispielsweise bei Bewohnern, die am 01.01.2009 ins Krankenhaus eingewiesen werden, die neue Regelung und bei Krankenhausaufenthalten, die vor dem 01.01.2009 beginnen, aber ins Jahr 2009 hineinreichen, die alte Regelung anzuwenden ist.

Protokollnotiz zu § 1:

Prophylaxen sind Vorsorgemaßnahmen. Sofern eine behandlungsbedürftige Krankheit eingetreten ist, findet an dem betroffenen Körperteil Behandlungspflege nach § 1 Abs. 5 statt.

Protokollnotiz zu §§ 17, 18:

Bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, bei denen gem. § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab.

Protokollnotiz zu § 21 Abs. 4

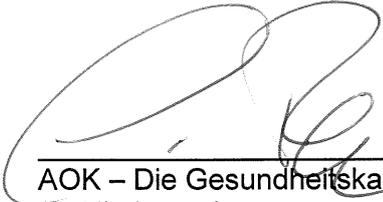
Die beiden von § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XI beschriebenen Möglichkeiten - Vereinbarung eines landesweiten Personalbemessungsverfahrens und Vereinbarung landesweiter Personalrichtwerte - stehen dem Wortlaut des Gesetzes nach in einem alternativen Verhältnis zueinander. Ausweislich der Gesetzesbegründung war es die Absicht des Gesetzgebers, verlässlichere Werte als bisher zur Vereinbarung des notwendigen Personalbedarfs zu erlangen.

Die Vertragsparteien sind der Auffassung, dass es zum jetzigen Zeitpunkt keinen Sinn macht, die Anwendung eines Personalbemessungsverfahrens als zwingendes Recht landesweit zu vereinbaren. Eine solche Verbindlichkeit hätte aufgrund des damit verbundenen Aufwandes einen flächendeckenden Anstieg der Verwaltungskosten zur Folge. Daher soll die gesetzliche Option zur Erprobung solcher Verfahren in Referenzlandkreisen / kreisfreien Städten ab 01.01.2005 genutzt werden. Dabei kann auf in Deutschland und international bewährte Verfahren zurückgegriffen werden.

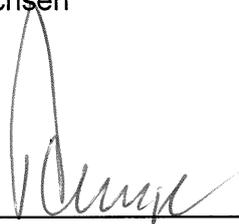
Da solche Verfahren derzeit nicht verbindlich landesweit eingeführt werden, ist die Teilnahme freiwillig. Die Parteien des RV haben nicht das Recht, die an der Erprobung Teilnehmenden zu bestimmen. Sie wirken jedoch i.R. ihrer Möglichkeiten daraufhin, dass es zu der Erprobung möglichst mehrerer Personalbemessungsverfahren kommt, die Ergebnisse der Erprobung dieser zusammengeführt und ausgewertet werden.

Rahmenvertrag in der ab dem 01.01.2009 gültigen Fassung mit den im August 2009 zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich abgestimmten Änderungen zu § 24 Abs. 5 und Anlage 5.
--

für die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen



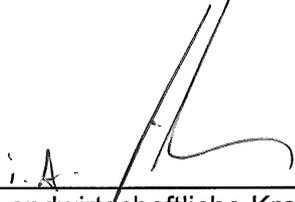
AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen



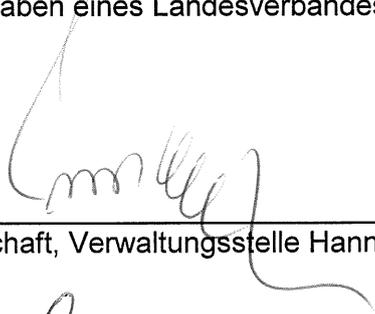
BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen



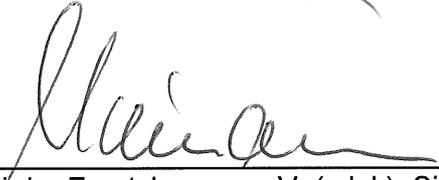
IKK-Landesverband Nord
- Vertretung Niedersachsen



Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen in Wahrnehmung
der Aufgaben eines Landesverbandes



Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover



Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Siegburg,
vertreten durch die Landesvertretung Niedersachsen
als gemeinsamer Bevollm. mit Abschlussbefugnis

für das Land Niedersachsen als überörtlichem Sozialhilfeträger, die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger und die Vereinigungen der Träger der stationären kommunalen Pflegeeinrichtungen

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Henrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 HANNOVER
oder
Postfach 147

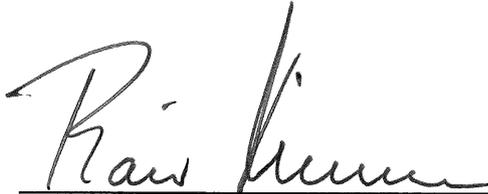
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit



Niedersächsischer Landkreistag



Niedersächsischer Städtetag



Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund

für die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege



Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband
Braunschweig e. V.



Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband
Hannover e. V.



Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband
Weser-Ems e. V.



Caritasverbände, vertreten durch den
Caritasverband für die Diözese Hildesheim e. V.

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Niedersachsen e.V.



Paritätischer Niedersachsen e. V.
Cornelia Rundt
Vorstand



Deutsches Rotes Kreuz - vertreten durch den
Landesverband Niedersachsen e. V.



Diakonische Werke in Niedersachsen,
vertreten durch das Diakonische Werk der
Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannovers e. V.

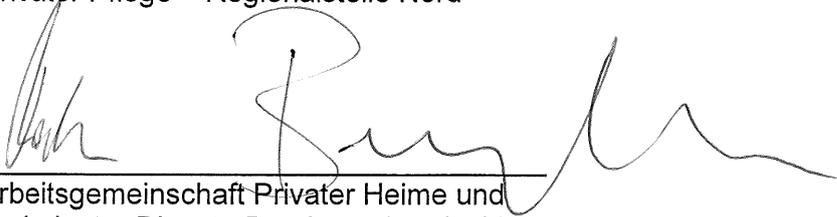


Landesverband der Jüdischen Gemeinden
von Niedersachsen „Jüdische Wohlfahrt“

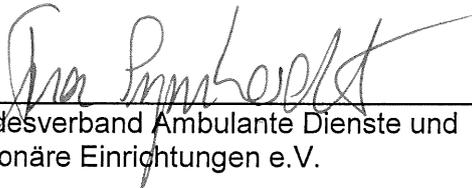
für die Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen



Arbeitgeber- und Berufsverband
Privater Pflege – Regionalstelle Nord



Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.



Bundesverband Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen e.V.



Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e.V. – Landesgruppe Niedersachsen



Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
- Landesgruppe Niedersachsen e.V.