Rahmenvertrag

gem. § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI
für die vollstationäre Dauerpflege

zwischen

den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen

- **AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse*)**
- **BKK Landesverband Mitte**
- **IKK classic*)**
- **KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord*)**
- **SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse*)**
- **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek e.V.),**

  vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen für die

  - **Techniker Krankenkasse (TK),**
  - **BARMER,**
  - **DAK-Gesundheit,**
  - **Kaufmännische Krankenkasse - KKH,**
  - **Handelskrankenkasse (hkk)**,
  - **HEK - Hanseatische Krankenkasse,**

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

und

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

und

der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger, Hannover, vertreten durch den Niedersächsischen Landkreistag, Hannover, den Niedersächsischen Städtetag, Hannover, und den Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund, Hannover,

und

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

und

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

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

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

und

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

- **Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V. (APH), Hannover,**
- **Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad), Essen,**
- **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgruppe Niedersachsen (bpa), Hannover,**
- **Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Hannover,**

unter Beteiligung

- **des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover,**

und

- **des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln.**

Präambel[1]

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

Geltungsbereich

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 Eingliederungshilfe findet dieser Vertrag keine Anwendung.

[1] Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher, männlicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Abschnitt I

Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung 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 Pflege- und Betreuungsleistungen inkl. der Sterbebegleitung und der Behandlungspflege -

(1) Die Leistungen beinhalten die im Einzelfall erforderlichen Hilfen für Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten auf Dauer aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen, da die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensiert oder bewältigt werden können. Dabei ist die Sterbebegleitung der Bewohnerin Bestandteil der pflegerischen Leistungserbringung. Die besonderen Bedürfnisse von sterbenden Menschen sind bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen.

Alle im Einzelfall erforderlichen Leistungen sind darauf ausgerichtet, die Handlungskompetenz der jeweiligen Pflegebedürftigen zu erhöhen, zu erhalten und eine Verschlimmerung zu verhindern sowie etwaigen Veränderungen im Hilfebedarf flexibel Rechnung zu tragen.

Die Hilfen sind je nach Bedarf u. a. in Form von Beratung, Beaufsichtigung, Anleitung, Motivation, Unterstützung sowie durch teilweise oder vollständige Übernahme von Handlungen zu erbringen. Sie sind an der Selbständigkeit bzw. an den vorhandenen Ressourcen der Pflegebedürftigen auszurichten.

Im Sinne des Erhalts bzw. der Förderung der Selbständigkeit sind die Hilfen dabei in aufsteigender Interventionsrangfolge zu erbringen.

Die nachstehende Auflistung bildet beispielhaft eine aufsteigende Rangfolge von einzelnen Hilfen bzw. Interventionen ab:

- Zurechtlegen von Gegenständen
- Aufforderung
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
- Beaufsichtigung und Kontrolle
- Motivation
- Anleitung
- Übernahme von Handlungen bzw. Teilhandlungen
- Ständige Übernahme von Handlungen bzw. Teilhandlungen

(2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Leistungen nach Abs. 1 sind auch in Form der aktivierenden Pflege und unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung sowie der für die jeweilige Pflegeeinrichtung vereinbarten wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5 SGB XI) zu erbringen. Die jeweils angezeigten und erforderlichen Maßnahmen der Prophylaxe (z.B. Pneumonie-, Dekubitus- und Sturzprophylaxe) sind selbstverständlicher Bestandteil der pflegerischen Leistungserbringung. Es gelten die Expertenstandards nach § 113a SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Bei sterbenden Menschen sind ihre besonderen Bedürfnisse bei der Erbringung der Leistungen zu berücksichtigen.

(3) Die Leistungen nach Abs. 1 umfassen je nach Einzelfall Hilfen in den folgenden sieben Bereichen:

1. Mobilität
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
7. Sonstiges

(4) Die Hilfen gemäß Abs. 3 sind in folgende Bereiche gefasst:

a) Bereich 1: Mobilität

Ziele der Leistungen zur Mobilität

Ziele der Leistungen bei der Mobilität sind u. a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung.

Allgemeine Beschreibung

Leistungen zur Mobilität umfassen Maßnahmen zur Mobilisation und zur Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Mobilität sowie der Durchführung von Bewegungen im Zusammenhang mit den zentralen Anforderungen des Alltagslebens im unmittelbaren Lebensumfeld.

Beispiele:

Zu den Leistungen gehören u. a. folgende Hilfen:

- beim Positionswechsel im Bett, inkl. aller Hilfen, die der Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen,
- beim Halten einer stabilen Sitzposition,
- beim Umsetzen,
- beim Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs und außerhalb der Einrichtung, dazu gehört sowohl das Gehen als auch das Stehen,
- beim Treppensteigen,
- beim Aufstehen und Zubettgehen.

Diese umfassen auch die Bereitstellung sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel sowie deren Gebrauch. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten. Die Schlafgewohnheiten und das Ruhebedürfnis der Bewohnerin sind zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu beseitigen oder zu reduzieren.

b) Bereich 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Ziele der Leistungen im Bereich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten

Ziele der Leistungen in Bezug auf kognitive und kommunikative Fähigkeiten sind im Rahmen eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes die Gestaltung des persönlichen Alltags und eines Lebens in der Gemeinschaft sowie die Bewältigung von Lebenskrisen.

Allgemeine Beschreibung

Leistungen im Bereich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten umfassen Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der kognitiven sowie kommunikativen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen oder der Kompensation aus den sich hieraus ergebenden Einschränkungen, insbesondere die basalen geistigen Funktionen und deren Beeinträchtigung, die in der Regel Auswirkungen auf Aktivitäten oder Lebensbereiche haben. Die Einrichtung soll das Wissen um die Biografie und den Lebensstil der Pflegebedürftigen sicherstellen. Die individuellen psychologischen und emotionalen Bedürfnisse sind zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen dabei die Schaffung einer Tagesstruktur, deren Angebote handlungsorientiert sind, das Beobachten des pflegebedürftigen Menschen und das Erkennen seiner Realität und die Anpassung der pflegerischen Tätigkeiten an die aktuelle Stimmung.

Beispiele:

Zu den Leistungen gehören Hilfen u. a. in folgenden Bereichen:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung und zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

c) Bereich 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziele der Leistungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziel der Leistungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen ist es, einer Verschlimmerung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten entgegenzuwirken bzw. diese zu mindern oder zu überwinden.

Allgemeine Beschreibung

Leistungen bei wiederkehrend auftretenden pathologischen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die Bewohnerinnen selbst nicht mehr ausreichend steuern können, umfassen Maßnahmen zur Kompensation und Linderung von hieraus resultierenden Einschränkungen im Alltags- und Sozialleben sowie ihres sozialen Umfeldes. Dadurch soll einer Vereinsamung, Apathie, Depression, Ängsten und sozial inadäquaten Verhaltensweisen entgegengewirkt werden.

Beispiele:

Zu den Leistungen gehören Hilfen u. a. bei folgenden Problemlagen:

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- nächtliche Unruhe
- selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- verbale Aggression
- andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- sozial inadäquate Verhaltensweisen
- sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

d) Bereich 4: Selbstversorgung

Ziele der Leistungen zur Selbstversorgung

Ziel der Leistungen zur Selbstversorgung ist die Förderung bzw. der Erhalt der Selbstversorgungsfähigkeiten der Pflegebedürftigen in den Bereichen Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung sowie Hilfen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.

Allgemeine Beschreibung

Leistungen zur Selbstversorgung umfassen Maßnahmen in den o. a. Bereichen sowie Maßnahmen zur Pneumonie-, Dekubitus-, Parodontitis- und Obstipationsprophylaxe.
Im Bereich der Körperpflege erfolgt eine Orientierung an den persönlichen Gewohnheiten der Pflegebedürftigen.
Im Bereich der Ernährung ist eine ausgewogene und pflegegerechte Ernährung sicherzustellen.
Im Zusammenhang mit Ausscheidungen ist die Pflegebedürftige im selbstverständlichen Umgang mit dem Thema zu unterstützen.
Die Intimsphäre ist zu schützen.

Beispiele

Zu den Leistungen gehören u. a. folgende Hilfen:

- Waschen, Duschen oder Baden einschließlich Waschen und Trocknen der Haare
- Kämmen einschl. Herrichten der Tagesfrisur
- einfaches Schneiden von Fuß- und Fingernägeln einschließlich der Pflege der Nagelhaut; das einfache Schneiden der Fußnägel und die Pflege der Nagelhaut gehören nur dann zu den Maßnahmen der Selbstversorgung, wenn diese nicht risikobehaftet sind. Risikobehaftung liegt insbesondere beim Vorliegen eines Diabetes, einer Gerinnungsstörung oder bei eingewachsenen Zehennägeln vor.
- Hautpflege
- Bei Bedarf Kontaktherstellung für die spezielle Fußpflege und zum/zur Friseur/in
- Körperpflege im Bereich des Kopfes, einschließlich der Zahn- und Mundpflege, insbesondere des Zähneputzens, die Prothesenversorgung und die Mundhygiene sowie die Gesichtspflege und ggf. die Rasur
- An- und Auskleiden, hierzu gehört ggf. auch die Unterstützung bei der Auswahl der angemessenen und situationsgerechten Kleidungsstücke unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche

- Unterstützung und eventuell Motivation zum Essen, hierzu gehört ggf. auch das Anbieten einer ausgewogenen Ernährung einschließlich notwendiger Diätkost sowie die Beratung bei der Essensauswahl sowie bei Problemen mit der Nahrungsaufnahme
- Beaufsichtigen der Mahlzeiten
- parenterale Ernährung oder über Sonde
- Unterstützung und eventuell Motivation zum Trinken, hierzu gehört ggf. auch die Beratung bei der Getränkeauswahl
- Hygienemaßnahmen im Zusammenhang mit Essen und Trinken wie z.B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, hierzu gehört ggf. auch die Hilfe und die Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining sowie ggf. das Teilwaschen einschließlich der Hautpflege und ggf. Wechseln der Wäsche
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma

Für Pflegebedürftige, die nicht über eigene Produkte für die notwendige Körperhygiene und -pflege verfügen, sind geeignete Produkte vorzuhalten.

Dabei ist eine Versorgung mit geeigneten Standardprodukten für die Körperhygiene und -pflege (Seife, Duschgel, Shampoo, Kamm, Zahnbürste, Zahnpasta, Rasierschaum, Einwegrasierer) von der Pflegeeinrichtung im Rahmen der vereinbarten Heimentgelte sicherzustellen.

e) Bereich 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Ziele der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Ziel ist eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Bereich der Bewältigung von und dem selbstständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen soweit wie möglich zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Allgemeine Beschreibung

Die Leistungen beinhalten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege, die ärztlich verordnet und in der vollstationären Versorgung von den Pflegeeinrichtungen zu erbringen sind (§ 43 Abs. 2 und 3 SGB XI), soweit diese an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können und nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden. Sie werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten. Pflegekräfte dürfen nur die Leistungen erbringen, für die sie nach ihrer entsprechenden Ausbildung qualifiziert sind.

Beispiele

Die Hilfen können unter anderem umfassen:

- Verabreichen von Medikamenten und Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Bewältigung von unselbständigem Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln
- Verbandswechsel und Wundversorgung
- Stomaversorgung
- regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden
- Bewältigung von unselbständiger Inanspruchnahme von Therapiemaßnahmen in der Pflegeeinrichtung
- Organisation und Planung von Arztbesuchen bzw. Besuchen anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Physiotherapeuten)
- Begleitung medizinisch notwendiger Arztbesuche bzw. Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, soweit diese medizinisch notwendig sind und kein anderer diese erbringen kann
- Unterstützung beim Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
- Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen
- Anregung/Initiierung ärztlicher Abklärung bei gesundheitlichen Problemen

f) Bereich 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziele der Leistungen im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziel der Leistungen ist es, Pflegebedürftigen einen Lebensraum nach ihren Vorstellungen zu gestalten, der ihnen das Führen eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht und sie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung motiviert.

Allgemeine Beschreibung

Leistungen in diesem Bereich umfassen Maßnahmen, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte soweit wie möglich zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Die Betreuungsleistungen bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags werden, soweit möglich, unter Einbeziehung des sozialen Umfelds erbracht.

Beispiele:

Zu den Leistungen gehören Hilfen u. a. in folgenden Bereichen:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich-Beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds
- Aktivierende Gruppenarbeit
- Jahreszeitliche Feste
- Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten
- Trauerbegleitung der Bewohnerin

g) Bereich 7: Sonstiges

Ziele der sonstigen Leistungen

Ziel der Leistungen ist es, Pflegebedürftigen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und entsprechend ihrer Vorstellungen, die Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Haushaltsführung zu ermöglichen.

Allgemeine Beschreibung

Leistungen in diesem Bereich umfassen Maßnahmen, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Bereich der außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung – soweit diese im Rahmen der vollstationären Pflege relevant sind – soweit wie möglich zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Diese Leistungen werden, soweit möglich, unter Einbeziehung des sozialen Umfelds erbracht.

Beispiele

Zu den Leistungen gehören Hilfen u. a. in folgenden Bereichen:

- Gruppenausflüge
- Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
- Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen
- Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, z. B. bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr oder beim Mitfahren in einem Kraftfahrzeug
- Auszahlung des Barbetrages bei Sozialhilfeempfängern
- Bargeldverwaltung im Sinne von Taschengeldverwaltung
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden
- Hilfe bei der Beantragung von Sozialleistungen
- Mitarbeit bei der Einrichtung von Betreuungen

(5) Sterbebegleitung

Bei sterbenden Menschen sind ihre besonderen Bedürfnisse bei der Begleitung zu berücksichtigen, um in der letzten Lebensphase eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.
Zur medizinischen Versorgung arbeitet die Einrichtung mit möglichst qualifizierten Haus- und Fachärzten zusammen, damit Bewohnerinnen gut begleitet sind und ein Abschiednehmen sowie ein Sterben unter würdevollen Bedingungen gewährleistet sind.
Es wird eine Vernetzung und Kooperation mit Hospizdiensten oder Hospiz- und Palliativnetzen oder SAPV-Teams in der Region angestrebt.

§ 2
- Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI -

(1) Die Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung ergeben sich aus der Betreuungskräfterichtlinie nach § 53b SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die zusätzlichen Betreuungskräfte dürfen ausschließlich bestimmungsgemäß eingesetzt werden.

(3) Der Vergütungszuschlag für die zusätzlichen Betreuungsleistungen wird von den Leistungsträgern nach Maßgabe der §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI getragen.

§ 3
- Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern -

(1) Therapieinhalte und Anregungen von anderen an der Betreuung der Pflegebedürftigen Beteiligten, z. B. Ärzte und Physiotherapeuten, sind bei der Durchführung der Pflege angemessen zu berücksichtigen. Bei Bedarf ist der Kontakt zu weiteren Leistungserbringern herzustellen.

(2) Pflegeeinrichtungen sollen auf den Abschluss von Kooperationsverträgen in Ärztenetze hinwirken und mit Apotheken Vereinbarungen treffen. Pflegeeinrichtungen haben mit Hospiz- und Palliativnetzen eine Zusammenarbeit anzustreben.

§ 4

- Unterkunft und Verpflegung -

(1) Die Unterkunft und Verpflegung umfassen die Leistungen, die den Aufenthalt der Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den Leistungen nach § 1, 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, Pflegeeinrichtung 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 Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen und maschinelle Bügeln der persönlichen Wäsche und Kleidung im üblichen Umfang und ohne chemische Reinigung. Zudem ggf. die Wäschekennzeichnung und dafür benötigte Materialien.
- Gemeinschaftsveranstaltungen; dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen.

(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.

§ 5

- Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI -

(1) Zusatzleistungen sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerische/betreuende Leistungen, die durch die Pflegebedürftige individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind. Zusatzleistungen sind von daher nur solche Leistungen, für die weder bei den Leistungen nach § 1 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. Die Preise für die Zusatzleistungen müssen angemessen sein.
Gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 4 SGB XI sind keine Zusatzleistungen.

(2) Die Abgrenzung der Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI von den Inhalten der notwendigen Leistungen nach §§ 1 und 4 sowie den sonstigen Leistungen ist in Anlage 1 dargestellt. Die dortige Aufzählung konkretisierender Beispiele 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 angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen (u. a. Höhe der gesondert ausgewiesenen Zuschläge) sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie vorab mitzuteilen. Nicht angezeigte Zusatzleistungen dürfen nicht abgerechnet werden.

§ 6

- Sächliche Ausstattung / Pflegehilfsmittel und technische Hilfen -

(1) Zum Erhalt und zur Förderung einer selbstständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Dies ersetzt nicht die Unterweisung des Lieferanten der Pflegehilfsmittel in den richtigen Gebrauch. 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 die 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 Heimbewohnerinnen 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 (Vorhaltepflicht Einrichtungsträger).

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

§ 7

- Abgrenzung der Leistungen nach § 1 von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen -

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

Betriebsaufwand sonstige Personalkosten, wie

- Leitung und Verwaltung,
- Wirtschaftsdienste,
- Technischer Dienst,
- Qualitätsmanagement,

Betriebsaufwand Sachkosten, wie

- Betreuung,
- med. Sachbedarf,
- Steuern, Abgaben, Versicherungen,
- Energie, Wasser,
- Wirtschaftsbedarf,
- Verwaltungsbedarf,
- Aufwendungen nach § 82b SGB XI.

(2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 4 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 bis 4 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil für Zusatzleistungen (§ 5) 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

§ 8

- 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 Pflegeeinrichtung sowie über die Zuordnung zu einem Pflegegrad.

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

§ 9

- Wahl der Pflegeeinrichtung -

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

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

§ 10

- Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung -

(1) Der Träger der Pflegeeinrichtung stellt bei den Landesverbänden der Pflegekassen einen schriftlichen Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages.

(2) Der Antrag soll durch die Antragstellerin mindestens drei Monate vor dem beabsichtigten Beginn des Vertragsverhältnisses gestellt werden. Die Antragstellerin hat sicherzustellen, dass den Landesverbänden der Pflegekassen alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise gemäß Abs. 7 vorgelegt werden. Ein Vertragsverhältnis zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Trägern der Sozialhilfe wird erst mit Abschluss des Versorgungsvertrages begründet. Eine Leistungserbringung zu Lasten der Pflegekassen oder der Träger der Sozialhilfe ist erst ab Inkrafttreten des Versorgungsvertrages möglich.

(3) Parallel zum Zulassungsverfahren gemäß Absatz 2 sollen auf Verlangen des Trägers der Pflegeeinrichtung Verhandlungen zu Pflegesatzvereinbarungen zwischen ihm und den Leistungsträgern aufgenommen werden. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung der Antragsfrist

gemäß Abs. 2 Satz 1. Die Pflegesatzvereinbarung erlangt jedoch erst mit Abschluss des Versorgungsvertrages ihre rechtliche Wirkung (aufschiebende Bedingung).

(4) Der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI wird nur mit Trägern von Pflegeeinrichtungen geschlossen, die die im Rahmenvertrag und im SGB XI genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Träger der Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass diese Voraussetzungen auch während der Dauer des Vertragsverhältnisses erfüllt bleiben.

(5) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen wesentliche Betriebsänderungen, insbesondere den Wegfall von vertraglichen Voraussetzungen, unverzüglich schriftlich mitzuteilen (siehe auch Abs. 8).

(6) Der Abschluss eines Versorgungsvertrages kann unter Ausübung eines pflichtgemäßen Ermessens abgelehnt werden, wenn in der Person der Inhaberin der Pflegeeinrichtung, einer Gesellschafterin**,** einer Geschäftsführerin, der verantwortlichen Pflegefachkraft oder deren Vertretung Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung ungeeignet sind. Ungeeignet ist insbesondere, wer:

a) Inhaberin, Gesellschafterin oder Geschäftsführerin einer Pflegeeinrichtung war, der aufgrund eines nachgewiesenen Vertragsverstoßes das Vertragsverhältnis innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung rechtskräftig gekündigt wurde,

b) wegen eines Verbrechens oder wegen einer Straftat gegen das Leben, die sexuelle Selbstbestimmung oder die persönliche Freiheit, wegen vorsätzlicher Körperverletzung, Misshandlung und Missbrauch von Schutzbefohlenen, wegen Erpressung, Urkundenfälschung, Untreue, Diebstahls, Unterschlagung, Betruges oder Hehlerei oder wegen einer gemeingefährlichen Straftat oder einer Insolvenzstraftat zu einer Freiheitsstrafe (von mindestens drei Monaten) rechtskräftig verurteilt wurde, sofern die Tilgung im Bundeszentralregister noch nicht erfolgt ist,

c) in den letzten fünf Jahren, längstens jedoch bis zum Eintritt der Tilgungsreife der Eintragung der Verurteilung im Bundeszentralregister, wegen einer Straftat nach den §§ 29 bis 30 b des Betäubungsmittelgesetzes oder wegen einer sonstigen Straftat, die befürchten lässt, dass die Vorschriften dieses Vertrages nicht beachtet werden, rechtskräftig verurteilt worden ist,

d) sich entgegen geltender Vorschriften Geld- oder geldwerte Leistungen versprechen oder gewähren ließ.

(7) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat mit seinem schriftlichen Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages bei den Landesverbänden der Pflegekassen folgende Unterlagen vorzulegen:

a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,

b) Bestätigung über die Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung an die Beschäftigten (entsprechend § 30),

c) Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,

d) eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (Versicherungspolice),

e) Pflegekonzept der Pflegeeinrichtung inkl. Qualitätsmanagement,

f) Liste der Zusatzleistungen,

g) Erweitertes Führungszeugnis nach § 30a BZRG (nicht älter als sechs Monate) für die Inhaberin bzw. die Gesellschafter einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), die Geschäftsführerin sowie der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung,

h) Grundriss mit Nutzungsbezeichnung der Räume,

i) Nachweis über die Eintragung im Handelsregister/Vereinsregister,

j) beglaubigte Kopien (nicht älter als 6 Monate) der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung,

k) Kopien der unterschriebenen Arbeitsverträge, ggf. Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfanges (Arbeitszeit), Beschäftigungsart/Funktion, Beginn der Beschäftigung für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung,

l) Kopien von geeigneten Unterlagen (Nachweise aus Vorbeschäftigungen) zur Nachweisführung der Erfüllung der zweijährigen Mindestberufserfahrung der ständig verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung innerhalb der letzten acht Jahre,

m) Nachweis über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für eine Leitungsfunktion für die verantwortliche Pflegefachkraft von mindestens 460 Unterrichtsstunden,

n) das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen vergebene Institutionskennzeichen (IK) für die Pflegeeinrichtung.

(8) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat die Landesverbände der Pflegekassen über Änderungen bezüglich der in Absatz 7 nachgewiesenen Voraussetzungen unverzüglich schriftlich zu informieren und geeignete Nachweise beizufügen. Änderungsmitteilungen sind darüber hinaus bei:

- einem Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie ihrer Stellvertretung,
- bei Veränderungen der Platzzahl,
- Trägerwechsel/ Änderung der Rechtsform/ Vereinigung mehrerer Einrichtungsträger,
- Adressänderungen der Einrichtung oder des Einrichtungsträgers,
- Namensänderungen der Einrichtung oder des Einrichtungsträgers oder
- bei einer Betriebseinstellung vorzunehmen.

(9) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Erfüllung der Vertragsvoraussetzungen im Sinne der Abs. 1 bis 7 zu überprüfen.

§ 11

- Qualitätssicherung -

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ in der jeweils gültigen Fassung zu erbringen. Weitergehende Regelungen sind in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI zu treffen.

§ 12

- Aufnahmeverpflichtung und Leistungserbringung in Kooperation -

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen, die die Leistungen dieser Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen wollen, aufzunehmen und entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen. Pflegeeinrichtungen 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 (vereinbarte Bettenzahl) der Pflegeeinrichtung erschöpft ist oder die Pflegebedürftige nicht zu der besonderen Zielgruppe gehört, die die Pflegeeinrichtung 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 Leistungen 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 der Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn nach ihrer Einschätzung im Laufe des Pflegeprozesses

- Maßnahmen der Prävention oder die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich erscheinen,
- der Pflegezustand oder die Pflegesituation der Pflegebedürftigen sich verändert (Wechsel des Pflegegrads).

(2) Die Pflegekasse teilt im Einvernehmen mit der 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 Pflegeeinrichtungsbetrieb durch geeignete Unterlagen nach.

(4) Der Trägerder Pflegeeinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen die Mitteilungen nach Abs. 3 bei erstmaliger Betriebsaufnahme und bei jeder Änderung unverzüglich abzugeben. Änderungsmitteilungen sind darüber hinaus bei einem Wechsel der verantwortlichen

Pflegefachkraft sowie ihrer Stellvertretung, bei Veränderungen der Platzzahl, Trägerwechsel/Änderung der Rechtsform/Vereinigung mehrerer Pflegeeinrichtungsträger, Adressänderungen der Pflegeeinrichtung oder des Pflegeeinrichtungsträgers oder bei einer Betriebseinstellung vorzunehmen.

(5) Die Pflegeeinrichtungen haben nach Durchführung einer Qualitätsprüfung den Landesverbänden der Pflegekassen gem. § 114 Abs. 1 Sätze 5 bis 7 SGB XI elektronisch mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung geregelt ist.[2)]
Dabei soll insbesondere auf Folgendes hingewiesen werden:

1. den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
2. den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken,
3. die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.

§ 14

- Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit -

Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen dem Grunde nach 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 „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ in der jeweils gültigen Fassung ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Eintragungen sind durch ein „Handzeichen“ zu bestätigen (kein Schriftformerfordernis im Sinne des § 126 BGB; die Anbringung eines Namens, Kürzels, einer Paraphe pp. durch Namensstempel, Computerausdruck eines eingescannten oder eines auf andere Weise durch mechanische, technische, optische oder elektronische Hilfsmittel reproduzierten Zeichens genügt).
In jedem Fall ist eine eindeutige personenbezogene Zuordnung des Handzeichens durch den Träger der Pflegeeinrichtung sicherzustellen. 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 Leistungen nach § 1 in einem Nachweis als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:

---

[2] Die technische Realisierung der Veröffentlichung erfolgt pflegekassenseitig über die DatenClearingStelle (DCS). Die DatenClearingStelle (DCS) ist eine Softwareanwendung mit entsprechendem Hardwarehintergrund (Server), die von der ITSG im Auftrag der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene entwickelt wurde und gepflegt wird. Einzelheiten zur Nutzung sind unter https://www.dcs-pflege.de erläutert.

- bundeseinheitliches Kennzeichen der Pflegeeinrichtung,
- Versichertennummer der Pflegebedürftigen,
- Name der Pflegebedürftigen,
- den Pflegegrad der Pflegebedürftigen,
- Art und Menge der Leistung,
- Tagesdatum der Leistungserbringung.

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen sind täglich in einem Nachweis nach Absatz 1 zu erfassen und von der Pflegekraft zu bestätigen. Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation müssen jederzeit die aktuell erbrachten Leistungen der körperbezogenen Pflege und Betreuung ablesbar sein. Für regelmäßig wiederkehrende Versorgungsabläufe im Bereich der körperbezogenen Pflege und Betreuung sind keine Einzelleistungsnachweise erforderlich.

(3) Die Inanspruchnahme von seitens der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen nach § 43b SGB XI ist zu dokumentieren.

§ 17[3]

- Abrechnungsverfahren -

(1) Zur Abrechnung von Leistungen gegenüber der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die die Pflegebedürftigen versorgt. Sofern die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über die 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 der Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI sowie seinen Pflegegrad anzugeben.

(3) 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.

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

[3] Protokollnotiz: Bei Versicherten in 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 die Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit der Versicherten selbst ab.

§ 18[4]

- Zahlungsweise -

(1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.

(2) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Pflegekasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 3 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Pflegekasse, wenn die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle die Abrechnungsunterlagen, die nach diesem Vertrag notwendig sind, einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Pflegekasse liegt bei Eingang der Abrechnungsunterlagen, die nach diesem Vertrag notwendig sind, ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

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

(4) Beauftragt eine Pflegekasse eine Abrechnungsstelle mit der Durchführung der Abrechnung, hat sie zu gewährleisten, dass die Abrechnungsstelle sämtliche Regelungen dieses Vertrages einhält und über Änderungen des Vertrages unverzüglich informiert wird. Die Pflegekasse informiert die Abrechnungsstelle jeweils unverzüglich über die aktuelle Vertragssituation der Pflegeeinrichtung, soweit dies für die Abrechnung relevant ist, und die Ansprüche ihrer Versicherten. Die Bestimmungen des Abs. 3 gelten entsprechend.

(5) Abrechnungsstellen dürfen nur mit der Durchführung der gesamten Abrechnung (Pflegevergütung, Unterkunft, Verpflegung, Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungsleistungen) beauftragt werden.

§ 19

- Beanstandungen -

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Neben den Beanstandungsgründen ist zugleich mitzuteilen, welche Stelle für die weitere inhaltliche Klärung zuständig ist, sofern eine vom Beanstandungsabsender abweichende Stelle zuständig ist.

§ 20

- Datenschutz -

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der in §§ 94 - 97b und 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Die §§ 35,

[4] Protokollnotiz: Bei Versicherten in 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 die Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit der Versicherten selbst ab.

37 SGB I sowie §§ 67 - 85 SGB X bleiben unberührt. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sind zu beachten.

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

§ 21[5]

- Personelle Ausstattung und Qualifikation des Personals -

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung, 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 „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ 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) Die in Abs. 3 und 4 genannten Personalschlüssel bilden einen Korridor, innerhalb dessen die Gesamtpersonalmenge im Bereich Pflege und Betreuung im Sinne von § 75 Abs. 3 SGB XI einer Pflegeeinrichtung liegen muss.

(3) Folgende Personalschlüssel dienen der Ermittlung der Mindestmenge an Personal im Bereich Pflege und Betreuung[6] einer Pflegeeinrichtung:

- Pflegegrad 1: 1 zu 6,26
- Pflegegrad 2: 1 zu 4,21
- Pflegegrad 3: 1 zu 2,95
- Pflegegrad 4: 1 zu 2,23
- Pflegegrad 5: 1 zu 2,01

[5] Den Rahmenvertragspartnern ist daran gelegen, eine personelle Ausstattung über die bestehenden vertraglichen Regelungen hinaus zu vereinbaren. Dies ist jedoch angesichts wesentlicher Einflussfaktoren, die nicht allein im Gestaltungsbereich der Rahmenvertragspartner liegen, kaum möglich. Auf das politische Forderungspapier zur Gemeinsamen Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI i. V. m. § 113c Absatz 5 SGB XI in der vollstationären Pflege wird verwiesen.

[6] Die personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal umfasst Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung, Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr und Fachkraftpersonal (Ausbildungsberuf oder Studium).

(4) Folgende Personalschlüssel[7] dienen der Ermittlung der Maximalmenge an Personal im Bereich Pflege und Betreuung einer Pflegeeinrichtung:

- Pflegegrad 1: 1 zu 4,533
- Pflegegrad 2: 1 zu 3,432
- Pflegegrad 3: 1 zu 2,454
- Pflegegrad 4: 1 zu 1,817
- Pflegegrad 5: 1 zu 1,492

(5) Für Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf, wie z. B. im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (Pflegebedürftige mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems), zu deren vollstationärer Versorgung sich die Pflegeeinrichtung im Rahmen des Pflegeeinrichtungskonzeptes und der Leistungs- und Qualitätsmerkmale (LQM) verpflichtet hat, kann eine höhere Personalmenge als sich nach Abs. 4 ergibt, vereinbart werden. Bestehende Vereinbarungen mit höheren Personalmengen haben Bestandsschutz, sofern die höhere Personalmenge auch tatsächlich vorgehalten wird. Eine Wiederbesetzung der Stellen ist im Rahmen der bestehenden Vereinbarung jederzeit möglich.

(6) Die sich aus den Abs. 3 bis 5 ergebende Gesamtpersonalmenge wird anhand der jeweils gültigen Kalkulationsschemata der Pflegesatzkommission im Rahmen der Pflegesatzverhandlung in einrichtungsindividuelle pflegegradbezogene Personalschlüssel überführt und in den jeweiligen LQM für den Vereinbarungszeitraum festgeschrieben[8].

(7) Die Personalschlüssel zur Ermittlung der Mindestmenge nach Abs. 3 unterliegen einer Umsetzungsfrist bis spätestens zum 01.01.2026 im Rahmen einer Pflegesatzvereinbarung.

(8) Im Bereich der Pflege und Betreuung beträgt der stets vorzuhaltende Anteil an Fachkräften[9] 50% der Personalmenge, die sich aus den Mindestschlüsseln gemäß Abs. 3 ergibt[10]. Für die Begriffsdefinition Fachkraft gelten die heimrechtlichen Vorschriften.

(9) Ist die Gesamtpersonalmenge, die sich aus der Kumulation der Personalmengen der einzelnen Pflegegrade unter Anwendung der einrichtungsindividuellen Personalschlüssel ergibt, höher als die Gesamtpersonalmenge, die sich aus den Mindestschlüsseln gemäß Abs. 3 ergibt, kann eine Personalmehrung nach Wahl der Pflegeeinrichtung bis zur Maximalmenge gemäß Abs. 4 in allen Qualifikationsgruppen erfolgen[11].

(10) Zum Erhalt und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements soll im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung ein dafür notwendiger Bedarf im Umfang des Wertes eines Stellenschlüssels von bis zu 1:110 vereinbart werden, bezogen auf die durchschnittlichen einrichtungsbezogenen Personalkosten einer Pflegefachkraft, soweit nicht höhere Personalkosten im Ein-

---

[7] Die dargestellten Personalschlüssel ergeben sich aus der Addition der Personalanhaltswerte gemäß § 113c Abs. 1 SGB XI für die einzelnen Qualifikationsniveaus bezogen auf die jeweiligen Pflegegrade.

[8] Näheres bestimmt die Pflegesatzkommission gem. § 86 SGB XI im Lande Niedersachsen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

[9] Fachkräfte sind alle Kräfte mit einem einschlägigen abgeschlossenen Ausbildungsberuf oder Studium.

[10] Dies gilt erst nach Umsetzung der Mindestmenge nach Abs. 3 im Rahmen der Umsetzungsfrist nach Abs. 7. Bis zur Umsetzung gelten die bisherigen Mindestschlüssel gemäß § 21 Abs. 3 des Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Dauerpflege in der bis zum 30.06.2023 gültigen Fassung.

[11] Im Hinblick auf die in § 113c SGB XI festgelegten Personalanhaltszahlen sollte gleichwohl ein entsprechender Personalmix der einzelnen Qualifikationsgruppen angestrebt werden.

zelfall nachgewiesen werden. Die sich daraus ergebende Personalmenge ist in den Personalschlüsseln gemäß der Absätze 3 bis 5 nicht enthalten. Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, die Umsetzung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ in der jeweils gültigen Fassung sicherzustellen.

(11) Je Pflegeeinrichtung ist eine Vollzeitkraft für die Pflegedienstleitung zu berücksichtigen. Die sich daraus ergebende Personalmenge ist in den Personalschlüsseln gemäß der Absätze 3 bis 5 nicht enthalten.

(12) Die Einrichtung beschäftigt zusätzliches Personal, das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen gemäß § 43b i. V. m. §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI erbringt, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Diese Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen sollen das Wohlbefinden, den physischen Zustand sowie das psychische Befinden der betreuten Menschen positiv beeinflussen. Der Stellenschlüssel beträgt über alle Pflegegrade den festgelegten Schlüssel von derzeit 1:20.

(13) Ein dauerndes einrichtungsbezogenes Monitoring wird die Entwicklung der personellen Ausstattung von Pflege- und Betreuungspersonal der einzelnen Qualifikationsgruppen bezogen auf die in den jeweiligen Pflegegraden betreuten Bewohner dokumentieren. Einzelheiten legt die Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI fest. Die Ergebnisse sind den Rahmenvertragspartnern und der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI jährlich zur Verfügung zu stellen. Die aus dem Monitoring gewonnenen Erkenntnisse sollen insbesondere dazu dienen, die Möglichkeit einer Erhöhung der Mindestschlüssel zu prüfen und perspektivisch zu einer differenzierten Darstellung der Qualifikationsgruppen bezogen auf die Mindestschlüssel führen.

(14) Die Einrichtung hat eine angemessene personelle Ausstattung des Nachtdienstes sowie der Dienste an Wochenenden und Feiertagen vorzuhalten; hierbei sind besondere Bedarfe wie Einrichtungsgröße und Raumsituation zu berücksichtigen. Mindestens eine Fachkraft muss ständig anwesend sein.

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

§ 23

- Personaleinsatz, Personalabgleich -

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen 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) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 85 Abs. 2 SGB XI hat der Träger der Pflegeeinrichtung innerhalb von drei Wochen in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird (§ 84 Abs. 6 Satz 3 SGB XI).

Für den Personalabgleich sind vom Träger der Pflegeeinrichtung für den Bezugszeitraum nach Abs. 3

- Personalerfassungen nach Maßgabe der Anlage 4, die den Einsatz des Personals der Bereiche Pflege und Betreuung, Auszubildende, externe Auszubildende (Auszubildende im Praktikum), Praktikantinnen, Bundesfreiwilligendienstleistende und Mitarbeiterinnen im Freiwilligen Sozialen Jahr ausweist, durchzuführen; bei Praktikantinnen (inkl. externe Auszubildende), Bundesfreiwilligendienstleistenden und Mitarbeiterinnen im Freiwilligen Sozialen Jahr ist die reale Arbeitszeit mit einem Faktor von 0,25 zu berücksichtigen, Zeitarbeitnehmer können gesondert dargestellt werden oder den jeweiligen Bereichen, in denen sie tätig sind, direkt zugeordnet werden,
- eine Übersicht der Bewohnerstruktur und
- Dienstpläne

vorzuhalten.

Sie stellen neben den LQM und den darin vereinbarten Personalschlüsseln die verbindliche Grundlage für den Personalabgleich dar und entsprechen einer nachvollziehbaren Dokumentation. Auf Verlangen sind diese Unterlagen vorzulegen.

(3) Der Personalabgleich ist anhand der Auswertungstabelle gemäß Anlage 5 (wahlweise mit oder ohne Makros in den Dateiformaten Excel, OpenOffice bzw. LibreOffice) durchzuführen. Die Berechnungswege ergeben sich aus dem Abschnitt „Berechnungen“, ausgewiesen im Tabellenblatt „Auswertung“. Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst einen zusammenhängenden Zeitraum von 4 Kalendermonaten unmittelbar vor der Aufforderung. Sofern in dem Bezugszeitraum eine Personalunterdeckung festgestellt wird, ist der Bezugszeitraum auf 6 Monate auszudehnen, indem die an die 4 Monate anschließenden 2 zukünftigen Monate zusätzlich betrachtet werden.

(4) Für den Bereich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht (Leistungen nach § 43b SGB XI) geltend die Abs. 2 und 3 entsprechend. Personalerfassungen sind hier jedoch nach Maßgabe der Anlage 6 vorzunehmen und der Personalabgleich ist anhand der Auswertungstabelle gemäß Anlage 7 (wahlweise mit oder ohne Makros, in den Dateiformaten Excel, OpenOffice bzw. LibreOffice) durchzuführen.

(5) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass maximal 10% der auf Nicht-Fachkräfte entfallenden anrechenbaren Stellenanteile durch Bundesfreiwilligendienstleistende, Praktikantinnen (inkl. externe Auszubildende) und Mitarbeiterinnen im Freiwilligen Sozialen Jahr abgedeckt werden.

(6) Der Nachweis gemäß Abs. 2 gilt als erbracht, wenn in dem Bezugszeitraum nach Abs. 3 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 Personalmenge und gemäß der Anlage 8 (Jahresnettoarbeitszeit) ermittelt. In der Jahresnettoarbeitszeit sind bereits Ausfallzeiten u.a. aufgrund von Urlaub, Krankheit und Fortbildung hinreichend berücksichtigt. Sonderabweichungen bei den Ist-Stunden, die durch höhere Gewalt entstanden sind, sind zugunsten des Trägers der Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen.

Abschnitt IV

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

§ 24

- Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit -

(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.

(4) Zur Umsetzung des § 63a SGB XII werden dem Sozialhilfeträger oder einem von ihm beauftragten sachverständigen Dritten die gleichen Befugnisse wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Ärztlichen Dienst der Pflegekassen eingeräumt.

§ 25

- Information -

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 24 und über die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.

(2) Sofern sich nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Versicherten geändert hat (insbesondere hinsichtlich des Pflegegrades) und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen notwendig erscheint, weist sie im Einvernehmen mit der Pflegebedürftigen die Pflegekasse darauf hin. Die Pflegekasse leitet dann unter Berücksichtigung des § 142 Abs. 1 SGB XI umgehend eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein. Gleiches gilt für nichtversicherte Leistungsberechtigte nach dem SGB XII.

§ 26

- Arbeitshilfen –

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

Abschnitt V

Vorübergehende Abwesenheit

§ 27

- Pflegevergütung und Entgelt für Unterkunft und Verpflegung bei vorübergehender Abwesenheit der Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI -

(1) Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit von der Pflegeeinrichtung für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für die Pflegebedürftige 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 Abschlags-Beträge sind kaufmännisch auf volle Euro-Cent-Beträge zu runden. Als Abwesenheitstage gelten nur komplette Abwesenheitstage; Aufnahme- und Entlassungstage zählen als Anwesenheitstage (Erläuterungen siehe Anlage 9).

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

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

Abschnitt VI

Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 SGB XI geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen und der der Pflegesatzvereinbarung zugrunde liegenden Bezahlung der Beschäftigten nach § 84 Absatz 7 SGB XI

§ 28

- Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 85 Abs. 3 SGB XI -

(1) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlung Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die er eine Vergütung beansprucht, durch Kalkulationsunterlagen und geeignete Nachweise darzulegen. Die Vorlage einer reinen Kostenkalkulation ohne weitere Angaben reicht in aller Regel nicht aus.

Geeignete Nachweise im Sinne des Satz 1 sind:

- Personalkostenaufstellung,
- Benennung und Übersendung der ggfls. zur Anwendung kommenden Tarifvertragswerke,
- Nachweis der Anwendung des Tarifwerkes (z.B. verbindliche Erklärung durch den Träger der Pflegeeinrichtung und schriftliche Erklärung/Bestätigung durch die Mitarbeitervertretung/Betriebsrat/Personalvertretung der Pflegeeinrichtung mit Aufnahme in der abzuschließenden Entgeltvereinbarung),
- Verbindliche Erklärung über die Bezahlung der Beschäftigten entsprechend der vereinbarten Personalvergütung mit Aufnahme in die abzuschließende Entgeltvereinbarung.

(2) Die Kalkulationsunterlagen in Verbindung mit den Nachweisen müssen die Kostenstruktur der Pflegeeinrichtung erkennen lassen und eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulassen. Dabei ist die Vergütungsforderung so zu belegen, dass die für die Zukunft geltend gemachte Entwicklung der Gestehungskosten plausibel und nachvollziehbar ist.

(3) Soweit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Pflegeeinrichtung im Einzelfall erforderlich ist, hat der Träger der Pflegeeinrichtung auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Diese Unterlagen können umfassen:

- Kopien von anonymisierten Gehaltsabrechnungen/Zahlungslisten/Journale aus dem Personalabrechnungsprogramm von Dezember des Vorjahres oder stichtagsbezogen je Mitarbeiterin zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung,
- Kopien der Arbeitsverträge der Mitarbeiterinnen (anonymisiert),
- Kontenauszüge (testiert) der Aufwendungen gemäß Kontenrahmen nach Pflegebuchführungsverordnung in der jeweils gültigen Fassung,

(4) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 85 Abs. 2 SGB XI sind die tatsächlichen Personalkosten der vergangenen 12 Monate vor der Verhandlungsaufforderung nachzuweisen.

§ 29
- Nachweis der Bezahlung der Beschäftigten nach § 84 Abs. 7 SGB XI -

Die Träger aller Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sicherzustellen, dass die der vereinbarten Personalvergütung entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit eingehalten wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 85 Abs. 2 SGB XI hat der Träger der Pflegeeinrichtung dieses nachzuweisen.

§ 30
- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung -

Der Träger der Pflegeeinrichtung zahlt seinen Beschäftigten mindestens Entlohnungen/Gehälter nach Maßgabe des § 72 Abs. 3a, 3b SGB XI.

Abschnitt VII

Zugang des Medizinischen Dienstes Niedersachsen, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und sonstiger von den Pflegekassen beauftragten Sachverständigen zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen

§ 31

- Mitwirkung der Pflegeeinrichtung -

(1) Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen sind dem Medizinischen Dienst Niedersachsen (MDN) und der Careproof GmbH als Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) oder einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Sachverständigen der Zugang auf das von der Pflegeeinrichtung genutzte Grundstück und die Räume jederzeit zu gewährleisten (§ 75 Abs. 2 Nr. 6, § 114a SGB XI). Die Pflegeeinrichtung kann von den zur Überprüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI mitzuwirken und jederzeit eine ordnungsgemäße Durchführung der Qualitätsprüfung zu gewährleisten.

§ 32

- Abwicklung der Prüfung -

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

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat der 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 der Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm und seiner 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, der 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 einschließlich der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung mit ein. Unterschiedliche Auffassungen, die im Abschlussgespräch nicht ausgeräumt werden konnten, sind im Prüfungsbericht darzustellen.

(2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der im Prüfungsauftrag vereinbarten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Träger der Pflegeeinrichtung zuzuleiten.

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

§ 34

- Prüfungsergebnis -

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen - gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 35

- Voraussetzungen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen -

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen. Die Prüfungen sind nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören. Die Anhaltspunkte nach Abs. 1 sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

§ 36

- Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen -

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

(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 Prüfauftrag ist jeweils auf diese Sachverhalte zu begrenzen.

(4) 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.

§ 37

- Voraussetzungen zur Durchführung von Abrechnungsprüfungen -

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnung selbst oder durch die von ihnen bestellten Sachverständigen gemäß § 79 SGB XI durchführen lassen. Die Prüfungen sind nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden,
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören. Die Anhaltspunkte nach Abs. 1 sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

§ 38

- Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand von Abrechnungsprüfungen -

(1) Prüfungsziel ist die Klärung der korrekten Abrechnung der Leistungen.

(2) Gegenstand der Prüfungen sind die Sachverhalte, bei denen tatsächliche Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die korrekte Abrechnung der Leistungen zu Lasten der Pflegeversicherung bestehen.

(3) Der Prüfauftrag ist jeweils auf diese Sachverhalte zu begrenzen.

(4) 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.

§ 39

- Inkrafttreten und Anpassung -

(1) Der Vertrag tritt am 01. Juli 2023 in Kraft. Er ersetzt den am 01. April 2019 in Kraft getretenen.

(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.

Protokollnotizen

Zu §§ 17 und 18 (Abrechnungsverfahren und Zahlungsweise)

Bei Versicherten in 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 die Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit der Versicherten selbst ab.

Für die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse

BKK-Landesverband Mitte

IKK classic

KNAPPSCHAFT-Regionaldirektion Nord, Standort Hannover

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen

Für das Land Niedersachsen als überörtlichem Sozialhilfeträger, die Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger und die Vereinigung der Träger der stationären kommunalen Pflegeeinrichtungen

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

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.

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

Jüdische Wohlfahrt

Arbeitsgemeinschaft der Caritasverbände in Niedersachsen

Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.

Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen, vertreten durch den Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Niedersachsen e.V.

Für die Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen:

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V., Hannover (APH)

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V., Essen (bad)

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesgruppe Niedersachsen, Hannover (bpa)

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Hannover (VDAB)

sowie dem

Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV e.V.)

als Beteiligter