

Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege

nach § 75 SGB XI

zwischen

den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen

- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*
- BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Niedersachsen
- Vereinigte IKK*
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin, vertreten durch die Landesvertretung Niedersachsen für
 - BARMER GEK
 - Techniker Krankenkasse
 - Deutsche Angestellten-Krankenkasse
 - KKH-Allianz
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - hkk
- Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen – Bremen*
- Knappschaft, Regionaldirektion Hannover*

* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

und

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

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

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e.V.
- Caritasverbände in Niedersachsen, vertreten durch den DICV Hildesheim e.V.
- Paritätischen Wohlfahrtsverband Niedersachsen e. V.
- 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.
- Jüdische Wohlfahrt Hannover

und

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

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

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen

und

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung setzen sich für eine Vertragsgestaltung ein, die durch ein Angebot der teilstationären Pflege den Vorrang der häuslichen Pflege sicherstellt. Mit dem teilstationären Pflegeangebot soll dauerhafte stationäre Pflege vermieden oder zumindest hinausgezögert und pflegende Angehörige bzw. andere Pflegepersonen entlastet werden.

Das teilstationäre Angebot zielt ergänzend auf pflegebedürftige Menschen, deren häusliche Betreuung und Pflege grundsätzlich durch pflegende Angehörige oder anderweitig sichergestellt ist.

Abschnitt I

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

§ 1

Inhalt der Pflegeleistungen

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die während des teilstationären Aufenthaltes im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Eine Verlagerung von Leistungen aus dem häuslichen Bereich in die teilstationäre Pflege soll nicht stattfinden. Die Hilfen sollen die Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und dem Entstehen von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

(2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richtet sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Vereinbarungen nach §§ 80 und 80 a SGB XI zu erbringen.

(3) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören im Rahmen des durch § 29 Abs. 1 SGB XI vorgegebenen Leistungsumfangs je nach Einzelfall folgende Hilfen:

a) Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

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

Die Körperpflege umfasst in der Tagespflege:

- das Waschen, Duschen und Baden in begründeten Einzelfällen, in der Regel sind diese Maßnahmen im häuslichen Bereich auszuführen;

dies beinhaltet dann gegebenenfalls auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit und zurück, das einfache Schneiden von Fingernägeln, das Haare - waschen, -trocknen und -kämmen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in,

- Darm- oder Blasenentleerung; einschließlich der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, gegebenenfalls Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

Die Körperpflege umfaßt in der Nachtpflege:

- die Zahnpflege; diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parotitisprophylaxe,
- das Kämmen; einschließlich Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren; einschließlich der Gesichtspflege,
- das Waschen (Abend-/Morgentoilette), Duschen und Baden in begründeten Einzelfällen; in der Regel sind diese Maßnahmen im häuslichen Bereich auszuführen; dies beinhaltet dann ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit und zurück, das einfache Schneiden von Fuß- und Fingernägeln, das Haarewaschen-, trocken, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in,
- Darm- oder Blasenentleerung; einschließlich der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschl. der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei den Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

b) Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

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

Die Ernährung umfaßt:

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

c) Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

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

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

Die Mobilität umfaßt:

- Alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen, ggf. auch Prothesen und sonstiger Hilfsmittel,
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich bewegen, z.B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände,
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Tagespflegeeinrichtung;
- das An- und Auskleiden;
dies umfasst auch ein An- und Ausziehtraining.

Die Mobilität umfaßt in der Nachtpflege zusätzlich:

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

d) Leistungen der sozialen Betreuung

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

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Besuchs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z.B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Ferner umfaßt die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.

Weiteres Ziel der sozialen Betreuung ist es, dem Pflegebedürftigen trotz des durch die Pflegebedürftigkeit bedingten Hilfebedarfs die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Dieser Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung wird ausgeglichen, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld geschehen kann, z.B. durch Angehörige und Betreuer.

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

In diesem Sinne dienen diese Leistungen der Orientierung zu Zeit, zum Ort und zur Person, zur Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft sowie der Bewältigung von Lebenskrisen.

Die Nachtpflege unterscheidet sich in den Leistungen von anderen Angeboten. Neben den umfangreichen Vorbereitungen und Absprachen zur Aufnahme werden auch Betreuungs- und Beschäftigungsangebote benötigt. Die Nachtpflegeeinrichtung strebt an, dass sich der Nachtgast in der zunächst fremden Umgebung wohl und sicher fühlt.

e) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die Pflegeeinrichtungen auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 41 SGB XI).

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.

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

f) Beförderung

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

Fahrkosten können in der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI einzelfahrtbezogen ausgewiesen werden.

Investitionskosten sind von dieser Regelung ausgenommen.

§ 2

Unterkunft und Verpflegung

(1) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen bei (zweitem) Frühstück, Mittagessen, Nachmittagsverpflegung und ggf. Abendessen.

Bei der Nachtpflege gelten als notwendige Speisen und Getränke das Abendessen, Nachtgetränke und das Frühstück. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI konkretisiert die im Rahmen der Nachtpflege zu erbringenden Leistungen.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

- Ver- und Entsorgung;
hierzu zählt z.B. die Versorgung mit Wasser und Strom sowie die Entsorgung von Abwasser und Abfall,
- Reinigung;
dies umfasst die Reinigung der Räumlichkeiten,
- Wartung und Unterhaltung;
dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, der Einrichtungen und Ausstattungen, der technischen Anlagen und der Außenanlagen, 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 Lagerungshilfsmittel und Wäsche,
- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen (ggf. auch Diätkost) und Getränken.
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (siehe allgemeine Pflegeleistungen).

§ 3

Zusatzleistungen

(1) Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 1 und 2 hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm gemäß § 88 Abs. 2 Ziffer 2 SGB XI schriftlich zu vereinbaren sind.

(2) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und deren Leistungsbedingungen sind den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen, dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie sowie den zuständigen Trägern der Sozialhilfe vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen.

§ 4

Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

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

(2) Bei der vollständigen Übernahme der Verrichtungen handelt es sich um die unmittelbare Erledigung der Verrichtungen des täglichen Lebens durch die Pflegekraft. Eine teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegekraft die Durchführung von Einzelhandlungen im Ablauf der Verrichtungen nach § 1 gewährleisten muss.

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

(4) Die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege sollen unter Einbeziehung der Angehörigen zwischen den beteiligten Leistungserbringern sinnvoll abgestimmt werden. Den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.

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

§ 5

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

(1) Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Stellt die Pflegekraft fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

(2) Die Ansprüche des Pflegebedürftigen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern bleiben unberührt.

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen. Weiterhin sind zu den Leistungen nach Satz 1 die ausschließlich mit den allgemeinen Pflegeleistungen und der Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang stehenden Aufwendungen zu 50 % zuzurechnen, soweit sie entstehen in den Bereichen:

- Betriebsverwaltung,
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energieaufwand,
- Wasserver- und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäscheversorgung im Sinne des § 2 Abs. 2,
- Gebäudereinigung,
- Wirtschaftsbedarf.

(2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. Vom Aufwand nach Absatz 1 Satz 2 ist 50 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen. Damit ist auch der pflegebedingte Mehraufwand in der Hauswirtschaft berücksichtigt.

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

Abschnitt II

Allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7

Bewilligung der Leistung, Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist für den Pflegebedürftigen die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege sowie 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.

(3) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl unter den für die teilstationäre Pflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen frei. Der An- und Abfahrtsweg sollte – auch bei Gruppenbeförderung – je Strecke 45 Minuten nicht überschreiten.

(s. Protokollnotiz)

§ 8

Tages-/Nachtpflegevertrag

(1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen schriftlichen Tages-/Nachtpflegevertrag (§ 8 WBVG). Darin sind die Einzelheiten der Leistungserbringung (allgemeine Pflegeleistungen inkl. Regelungen über die Fahrtkosten bei teilstationärer Pflege, Unterkunft und Verpflegung, Vergütung bei vorübergehender Abwesenheit, Zusatzleistungen) und die dazu vereinbarten Entgelte aufzunehmen. Der Vertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen und Empfehlungen nach dem siebten und achten Kapitel des SGB XI zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekasse nach § 69 SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung informiert sich beim Pflegebedürftigen über seinen Leistungsanspruch im Sinne des § 7 Abs. 1 gegenüber der Pflegekasse und gegebenenfalls über den Kostenübernahmebescheid des Sozialhilfeträgers.

§ 9

Organisatorische Voraussetzungen

Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- b) Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c) ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- d) Sicherstellung der Eignung der verantwortlichen und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft nach den Bestimmungen des SGB XI (Führungszeugnis, berufspraktische Erfahrung u.a.)
- e) Benennung des tatsächlichen Zeitpunktes der Betriebsaufnahme bzw. -änderung

§ 10

Qualitätssicherung

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege in der jeweils gültigen Fassung zu erbringen. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI konkretisiert ggfs. weitergehende Regelungen.

§ 11

Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihrer personellen und räumlichen Kapazitäten verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn die/der Pflegebedürftige nicht zu der besonderen Zielgruppe gehört, die die Einrichtung entsprechend dem Versorgungsauftrag betreut. Die Vereinbarung im Versorgungsvertrag soll keine Beschränkung auf die Versorgung Pflegebedürftiger bestimmter Pflegestufen enthalten. Einrichtungen der teilstationären Pflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung an mindestens 5 Tagen in der Woche jeweils mindestens 6 Stunden in der Tagespflege bzw. mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.

(2) Bei Tagespflegeeinrichtungen, die anderen Einrichtungen angegliedert sind, besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Mitnutzung von Versorgungs- und Wirtschaftseinheiten dieser Einrichtungen. Dies kann auch in das Pflegekonzept einbezogen sein im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten etc. Die räumlichen Voraussetzungen müssen gleichwohl gegeben sein. Ein gesonderter Zugang wird präferiert. Eine „eingestreute Tagespflege“ ist grundsätzlich ausgeschlossen; §§ 8 Abs. 3 und 45c SGB XI bleiben unberührt.

(3) Teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Dieser ist den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen sowie den Trägern der Sozialhilfe unverzüglich vorzulegen.

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

(s. Protokollnotiz)

§ 12

Mitteilungen, Meldepflichten

(1) Die zuständige Pflegekasse informiert im Einvernehmen des Pflegebedürftigen die Pflegeeinrichtung zeitnah über ihre Leistungszuständigkeit. Diese Information enthält den wesentlichen Inhalt des Leistungsbescheides für den Pflegebedürftigen, insbesondere Aussagen darüber, ob Anspruch auf Leistungen der teilstationären Pflege besteht, die Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe, die Einstufung als Härtefall sowie die Leistungshöhe. Änderungen dieser Sachverhalte sind ebenfalls der Pflegeeinrichtung mitzuteilen.

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

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der Pflegezustand oder die Pflegesituation des Pflegebedürftigen sich verändert
- der Einsatz von Pflegehilfsmitteln notwendig ist, soweit dies für die Pflegeeinrichtung erkennbar ist.

§ 13

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.

§ 14

Dokumentation der Pflege

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

- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
- Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen.

(2) Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein. Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich zu erfassen.

(3) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat Aufzeichnungen nach Absatz 1 fünf Jahre aufzubewahren.

§ 15

Leistungsnachweis

Die Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis 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.

Die Richtigkeit des Leistungsnachweises ist monatlich vom Pflegebedürftigen bzw. einem Angehörigen oder einer Bezugsperson mit Unterschrift zu bestätigen.

§ 16

Abrechnungsverfahren

(1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege beauftragt hat.

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet:

- a) in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pflegetage, soweit zutreffend Dauer der Abwesenheit des Pflegebedürftigen 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, seinen Namen und seine Pflegestufe anzugeben,
- d) den Leistungsnachweis den Abrechnungsunterlagen beizufügen.

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

(4) Zuzahlungen über die vereinbarten Entgelte hinaus dürfen durch die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen oder einem Dritten weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI bleibt unberührt.

(s. Protokollnotiz)

§ 17

Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt nach erbrachter Leistung monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder der von der Pflegekasse benannten Abrechnungsstelle. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern, sofern keine besonderen Gründe vorliegen, die eine darüber hinaus gehende Abrechnung rechtfertigen.

(2) Es gilt der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege. Dies bedeutet, dass die Pflegekasse vorrangig die Forderungen des ambulanten Pflegedienstes zu erfüllen hat, der die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erbringt.

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

(4) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 3 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.

(5) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, ist der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen. Das vertragswidrige Verhalten des Trägers der Pflegeeinrichtung kann unter den Voraussetzungen des § 74 Abs. 2 SGB XI die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen.

(6) Beanstandungen der Abrechnung der Pflegeeinrichtung müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang bei den Pflegekassen von diesen bei der Pflegeeinrichtung erhoben werden.

§ 18

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
gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 3 SGB XI

§ 19

Sicherstellung der Leistungen,
Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen muss unbeschadet aufsichtsrechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI unter Berücksichtigung des § 84 SGB XI gewährleisten.

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

(3) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Regelungen der Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 SGB XI. Beim Einsatz des Personals sind

- die Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie
- die Notwendigkeit zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme oder zur Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie
- die Risikopotentiale bei den Pflegebedürftigen

zu berücksichtigen.

(4) Bis zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens nach § 75 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI wird folgender Personalrichtwert nach § 75 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB XI für den Bereich Pflege und Betreuung vereinbart:

Der Personalschlüssel im Bereich Pflege und Betreuung sollte zwischen 1:4 und 1:6 je nach Anforderungen (z.B. Bewohnerstruktur, Öffnungszeiten) betragen. Die verantwortliche Pflegefachkraft wird auf den Personalschlüssel nicht angerechnet. Soweit von diesem Korridor abgewichen werden sollte, ist dies explizit in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zu begründen.

(5) Ist die mit gesondertem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassene teilstationäre Pflegeeinrichtung einer zugelassenen Pflegeeinrichtung angegliedert, ist auch ein einrichtungsübergreifender Einsatz der Pflegekräfte möglich. In diesen Fällen sind die anteiligen Arbeitszeiten für die teilstationären Pflegeeinrichtungen auszuweisen. Die ständige Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft i. S. Ziffer 3.1.3 der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in teilstationären Pflegeeinrichtungen“ muss in der teilstationären Pflegeeinrichtung gegeben sein.

Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.

(6) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen und stellvertretenden Pflegefachkraft gem. Ziffer 3.1.3 der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in teilstationären Einrichtungen“ nach.

(7) Änderungen des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekassen mitzuteilen.

§ 20

Arbeitshilfen

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

§ 21

Nachweis des Personaleinsatzes

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

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

angemessen zu berücksichtigen.

Abschnitt IV

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

§ 22

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 unter Einwilligung des Pflegebedürftigen anfordern. Dabei gewährt die Pflegeeinrichtung dem MDK die notwendige Unterstützung.

(2) Die Überprüfung sollte in der teilstationären Einrichtung stattfinden. In Ausnahmefällen kann die Überprüfung auch anhand der Pflegedokumentation und anderer geeigneter Unterlagen erfolgen. Die Verwendung dieser Unterlagen darf ausschließlich durch Ärzte und Pflegekräfte des MDK erfolgen. Dritte dürfen keinen Zugang zu den Unterlagen erhalten.

§ 23

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

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

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

(3) Qualitätsprüfungen nach § 112 ff. SGB XI bleiben unberührt.

(s. Protokollnotiz)

§ 24

Information

Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse zeitnah informiert.

Abschnitt V

Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung des Pflegebedürftigen) gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 5 SGB XI

§ 25

Vergütungsregelung bei Abwesenheit

(1) Bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen zahlen die Pflegekassen die vollen Kosten für den pflegebedingten Aufwand für längstens 4 Tage im Kalendermonat weiter.

(2) Für den Zeitraum eines Kalenderjahres beträgt die Leistungspflicht der Pflegekassen höchstens 28 Tage.

(3) Wird der Pflegebedürftige nicht 5 Tage in der Woche teilstationär betreut, sind die unter Abs. 1 genannten Leistungszeiträume anteilig wie folgt zu kürzen:

Anzahl der Betreuungstage je Woche	Weiterzahlung der vollen Kosten durch die Pflegekassen
4 Tage	3 Tage
3 Tage	2 Tage
2 Tage	2 Tage
1 Tag	1 Tag

(4) Das vom Pflegebedürftigen zu tragende Entgelt für Unterkunft und Verpflegung ist für jeden Abwesenheitstag um 5 Euro zu reduzieren.

(5) Die Pflegeeinrichtung erfasst in jedem Einzelfall die Dauer der tatsächlichen vorübergehenden Abwesenheit. Die Abwesenheit ist bei der Rechnungslegung anzugeben.

(6) Die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 SGB XI können in der jeweiligen Vereinbarung der Pflegevergütung bzw. der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung abweichende Regelungen treffen.

(s. Protokollnotiz)

Abschnitt VI

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

§ 26

Zugang

Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Prüfer der Zugang zu den Pflegeeinrichtungen zu gewähren. Die Pflegeeinrichtung kann von den zur Überprüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

§ 27

Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

Die Prüfung nach Abschnitt IV und VII findet in Gegenwart der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung oder einer von dieser beauftragten Person statt. Die Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher.

Abschnitt VII

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

§ 28

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen. Sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 29

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

- (1) Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 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 § 28 Abs. 2 keine Einigung zustande, können die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen den Sachverständigen alleine bestellen.
- (2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Absatz 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 30) 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.

§ 30

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

- (1) Prüfungsziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen.
- (2) Gegenstand der Prüfung sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI bestehen.
- (3) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken; er kann sich ferner auf Teile der Pflegeeinrichtung oder auf die Pflegeeinrichtung insgesamt beziehen.

§ 31

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 Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen statt.

§ 32

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 Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 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.

§ 33

Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden entsprechend § 116 Abs. 2 SGB XI geregelt.

§ 34

Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

§ 35

Inkrafttreten, Kündigung, Anpassung

- (1) Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI tritt am 01.07.2011 in Kraft.
- (2) Eine Kündigung muss auf der Grundlage des § 75 Abs. 5 SGB XI erfolgen.
- (3) Wird der Vertrag in Teilbereichen gekündigt, gelten die ungekündigten Teilbereiche des Rahmenvertrages weiter. Die übrigen Vertragspartner haben jedoch in diesem Fall das Recht, mit einer Frist von sechs Monaten zum Zeitpunkt, an dem die Kündigung nach Absatz 2 wirksam wird, ihrerseits zu kündigen. Eine Kündigung kann ohne Zustimmung der übrigen Beteiligten nicht zurückgenommen werden.
- (4) Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragspartner, zeitnah in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.
- (5) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen des Rahmenvertrages und seiner Anlagen treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung des Rahmenvertrages bedarf.
- (6) 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.

Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen



AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen



BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Niedersachsen



Vereinigte IKK



Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen



Knappschaft, Regionaldirektion Hannover



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

Die in der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen
zusammengeschlossenen Verbände



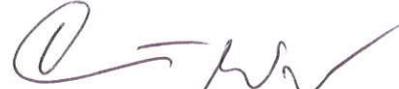
Caritasverbände Niedersachsen
vertreten durch den DICV Hildesheim e.V.



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.



Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig e.V.



Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hannover e.V.



Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Weser-Ems e.V.



Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.



Jüdische Wohlfahrt Hannover

Die in der Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen zusammengeschlossenen Trägerverbände

[Handwritten signature]
Bundesgeschäftsstelle
Karlsruher Straße 2 B
30519 Hannover
Telefon: 05 11 / 8 75 98-0
Fax: 05 11 / 8 75 98-17



Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.



Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Goseriede 13 • 30159 Hannover
Telefon (0511) 515-111-0
Telefax (0511) 515 111-8109

[Handwritten signature]

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.

Bundesverband Ambulante Dienste
und Stationäre Einrichtungen e.V.

Annastr. 58-64
45130 Essen
Tel. 0201/354001
Fax 0201/357980
Email info@bad-ev.de
www.bad-ev.de

[Handwritten signature: C.A. Kapp]

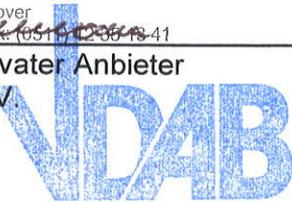
Bundesverband Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen e.V.



Bundesverband privater
Anbieter sozialer Dienste e.V.

Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
Herrenstr. 3-5 • 30159 Hannover
Tel.: 0511/12 35 43 30 • Fax: 0511/12 35 43 41

Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

Geschäftsstelle Hannover
Kornschumacher-Str. 34 | 30159 Hannover
Tel. 0511/29 85 89 71 | Fax 0511/29 85 98 20

Verband Deutscher Alten- und
Behindertenhilfe e.V.



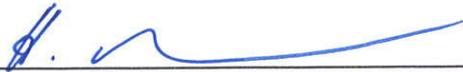
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe
Nordwest e.V.

Geschäftsstelle

[Handwritten signature]
...ter Kirchweg 45 • 30163 Hannover

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Nordwest e.V.

Die in der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens
zusammengeschlossenen Verbände



Niedersächsischer Landkreistag



Niedersächsischer Städtetag



Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie , Gesundheit und Integration

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Hilke-Wahlmann-Kopf-Platz 2
30159 HANNOVER
oder
Postfach 141
30001 HANNOVER

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration

Protokollnotizen zum Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die teilstationäre Pflege vom 01.07.2011

Zu § 7 Bewilligung der Leistung, Wahl der Pflegeeinrichtung

Unter Pflegekassen im Sinne des Vertrages sind auch die privaten Versicherungsunternehmen zu verstehen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben.

Zu § 11 Leistungsfähigkeit

Es besteht Einvernehmen innerhalb der Vertragspartner, dass zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Vertrages die derzeit geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen eine eingestreute Tagespflege nicht zulassen. Eine Zulassung nach § 73 Abs. 3 SGB XI bleibt hiervon unberührt.

Zu § 16 Abrechnungsverfahren

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

Zu § 23 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einräumt, werden auch dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (Medicproof) eingeräumt.

Zu § 25 Vergütungsregelung bei Abwesenheit

Da sich die bisher zur Erprobung befristete Regelung bewährt hat und die Vorgaben des § 87a SGB XI für die praktische Umsetzung ungeeignet sind, besteht Einvernehmen, dass die bisherige - für alle am Vertrag Beteiligten praktikable - Vergütungsregelung bei Abwesenheit über den 31.12.2008 hinaus unbefristet weitergelten soll.