

Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI zur teilstationären Pflege

(Tages- und Nachtpflege)

zwischen

den Landesverbänden der Pflegekassen

- AOK Sachsen-Anhalt
- BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt
- IKK Landesverband Sachsen-Anhalt
- Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz
- Landwirtschaftliche Krankenkassen Mittel- und Ostdeutschland
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Sachsen-Anhalt
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Sachsen-Anhalt
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

unter Beteiligung

- des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt
- des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt
- des überörtlichen Sozialhilfeträgers des Landes Sachsen-Anhalt

und

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen (im folgenden Pflegeeinrichtung genannt) auf Landesebene

- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
- Caritasverband für das Bistum Magdeburg e.V.
- Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
- Diakonisches Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e.V.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., Magdeburg
- Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V.
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.
- Bundesverband ambulante Dienste e.V., Landesvertretung Sachsen-Anhalt
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Sachsen-Anhalt e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V.
- des Landkreistages und des Städte- und Gemeindebundes für die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Pflegeeinrichtungen und -dienste der kommunalen Spitzenverbände im Land Sachsen-Anhalt

Präambel

Ziel dieses Rahmenvertrages ist die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten durch vollstationäre Pflege im Land Sachsen-Anhalt. Dieser Vertrag regelt gemäß § 75 Abs. 2 SGB XI insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen (§ 1 bis § 6; S. 3-10),
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte (§ 7 bis § 19; S. 11-16),
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung (§ 20 bis § 22; S. 17-18),
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege (§ 23 bis § 25; S. 16-17; S. 19-20),
5. Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung (§ 26; S.20),
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen (§ 27 bis § 28; S. 20-2),
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 29 bis § 33; S. 21-23),
8. das Inkrafttreten und die Kündigung (§ 34; S.24).

Für den Bereich der Behindertenhilfe findet dieser Rahmenvertrag keine Anwendung.

Abschnitt I

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

§ 1

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten und der Erhaltung der bestehenden Fähigkeiten. Alle Hilfen werden im notwendigen Umfang erbracht. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die zu einer selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen beitragen sowie einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

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

(3) 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.

(4) Die allgemeinen Pflegeleistungen beinhalten Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität sowie im Einzelfall Einsatz notwendiger Pflegehilfsmittel.

(5) Dazu gehören je nach Einzelfall insbesondere folgende beschriebene Hilfen:

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

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

Die Körperpflege umfasst:

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

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung einschließlich Diätkost und Getränke ist anzustreben. Der Pflegebedürftige ist bei der Essen- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen 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 die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen,
z. B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck.
- Hygienemaßnahmen, wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziel der Hilfe bei der Mobilität ist insbesondere die Förderung der allgemeinen aktiven und passiven Beweglichkeit.

Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

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

Die Hilfen zur Mobilität umfassen:

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

(6) Soziale Betreuung

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

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

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

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

(7) Medizinische Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringt die Pflegeeinrichtung bis zum gesetzlich festgelegten Zeitpunkt die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der ganzheitlichen Pflege und Betreuung, soweit sie delegierbar sind und nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden müssen. Die Dienstleistungen der medizinischen Behandlungspflege sind mithin Bestandteil der pflegerischen Leistung, die mit der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen abgegolten sind. Dies gilt nicht für Mittel und Materialien, die zur Durchführung medizinischer Behandlungspflege notwendig sind.

Inhalt der Behandlungspflege sind medizinisch-pflegerische Leistungen, die zur Sicherung des Ziels der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung erforderlich sind.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung auf ärztliche Anordnung von der Pflegeeinrichtung entsprechend den fachlichen Voraussetzungen und der räumlichen und technischen Ausstattung erbracht. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Für die Leistungsfähigkeit/-möglichkeit der Einrichtung ist die Maßgeblichkeit der abgeschlossenen LQV zu beachten.

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

(9) 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 den Angehörigen durchgeführt wird.

§ 2

Unterkunft und Verpflegung

(1) Die Unterkunft und Verpflegung umfassen die Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

- Ver- und Entsorgung;
hierzu zählt z. B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser und Strom sowie Abfall.
- Reinigung;
dies umfasst die Reinigung des Wohnraumes und der Gemeinschaftsräume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume.
- Wäscheversorgung;
die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche.
- Wartung und Unterhaltung;
dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen.
- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken.
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (s. allgemeine Pflegeleistungen).

§ 3 Zusatzleistungen

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

§ 4 Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

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

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

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

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

§ 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 ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

(2) Ansprüche des Pflegebedürftigen gemäß § 33 SGB V bleiben hiervon unberührt.

(3) Für die Ausstattung der Einrichtung ist die Maßgeblichkeit der abgeschlossenen LQV zu beachten.

§ 6 Kostenbestandteile allgemeiner Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen¹

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Leistungen. Die pflegebedingten Sachaufwendungen sind zu 100 % den allgemeinen Pflegeleistungen zugeordnet.

Ansprüche des Pflegebedürftigen gemäß § 33 SGB V bleiben hiervon unberührt.

(2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 2 genannten Leistungen. Die unterkunfts- und verpflegungsbedingten Sachaufwendungen sind zu 100 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zugeordnet.

Unterkunfts- und verpflegungsbedingte Sachaufwendungen entstehen in den Bereichen:

- Wartung und Unterhaltung,
- Speisen und Getränke und
- Gemeinschaftsveranstaltungen.

¹ Inkrafttreten s. Protokollnotiz

(3) Weiterhin sind zu den Leistungen nach (1) und (2) jeweils 50% der betriebsnotwendigen Aufwendungen zuzurechnen.

Betriebsnotwendigen Aufwendungen entstehen in den Bereichen:

- Betriebsverwaltung und Wirtschaft (ohne Naturalkosten),
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energieaufwand,
- Ver- und Entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäschereinigung,
- Gebäudereinigung.

(4) Der den Leistungen nach §§ 1 und 2 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil für Zusatzleistungen enthalten. Zusatzleistungen sind ausschließlich individuell vom Pflegebedürftigen wählbare zusätzliche Leistungen sowie die Leistungen, die über die allgemein üblichen Leistungen für Unterkunft und Verpflegung hinausgehen. Sie sind zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung schriftlich zu vereinbaren.

(5) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe vorab mitzuteilen. Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die notwendigen Leistungen der teilstationären Pflege nicht beeinträchtigen.

Abschnitt II

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7

Bewilligung der Leistung

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in einer teilstationären Einrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe. Die Pflegekasse veranlasst unverzüglich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit dem Ziel, den Abschluss des Begutachtungsverfahrens schnellst möglich zu erreichen.

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

§ 8

Wahl der Pflegeeinrichtung

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

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

(3) Zur Ermittlung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen ist an der Einstufung des MDK nach § 18 SGB XI zu orientieren. Dabei sind im Rahmen der Pflege in der teilstationären Pflege die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Probleme zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herauszuarbeiten. Dabei ist unter Einbeziehung der Angehörigen die häusliche Pflege und die teilstationären Pflege sinnvoll aufeinander abzustimmen. Angemessene Wünsche sind zu berücksichtigen.

§ 9 Tages- und Nachtpflegevertrag

(1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Tages- und Nachtpflegevertrag gem. § 5 Heimgesetz. Der Pflegevertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen und Empfehlungen nach dem siebten und achten Kapitel des SGB XI zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen nach § 69 SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung legt den Landesverbänden der Pflegekassen ein Muster ihres Tages- und Nachtpflegevertrages nach Abs.1 vor.

§ 10 Organisatorische Voraussetzungen

Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

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

§ 11 Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der geltenden „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 in der teilstationären Pflege“ bzw. der zu erlassenen Rechtsverordnung zu erbringen.

Für die Qualitätsmaßstäbe der Einrichtung ist die Maßgeblichkeit der abgeschlossenen LQV zu beachten.

§ 12 Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die die Pflegeleistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder die besondere - von der Einrichtung betreute - Zielgruppe einer Aufnahme

entgegensteht. Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege 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 und jeweils mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege täglich zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.

(2) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Kooperationsvereinbarungen über Pflegeleistungen nach Abschnitt I 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

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

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

§ 14 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

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

§ 15 Dokumentation der Pflege

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

- die Stammdaten (Versichertennummer, Name des Pflegebedürftigen, Pflegestufe),
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Durchführungsnachweis (Tagesdatum der Leistungserbringung, Art und Menge der Leistung),
- ein Berichtsblatt,
- ggf. Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln.

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

Auf Verlangen der Pflegekasse ist der Durchführungsnachweis über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen.

§ 16 Abrechnungsverfahren

(1) Zur Abrechnung von bewilligten Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat. Sofern die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über die zugelassene Pflegeeinrichtung abgerechnet werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

- in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pflegetage, und den Pflegesatz, ggf. den Pflegesatzbestandteil aufzuzeichnen,
- in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
- die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI sowie seine Pflegeklasse anzugeben.

(3) Regelungen zum DTA werden auf Landesebene getroffen.

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

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

§ 17

Zahlungsweise

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt nach Leistungserbringung, maximal einmal im Monat. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder der von der Pflegekasse benannten Abrechnungsstelle, unabhängig von später erhobenen Beanstandungen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde. Die Regelungen des § 16 (3) gelten entsprechend.

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

(3) 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.

(4) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, kann dies die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen. Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den von ihm zu vertretenden Schaden zu ersetzen.

§ 18

Beanstandungen zur Abrechnung

(1) Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach dem jeweiligen Abrechnungszeitraum erhoben werden.

(2) Sollten Abrechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Zahlung verweigern. Einzelheiten werden zwischen den Beteiligten geregelt.

§ 19

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 Vertragspartner verpflichten 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- 85a SGB X bleiben unberührt.

Abschnitt III

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

nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 20

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 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 30 % möglichst 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 unter anderem

- die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- 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,
- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben zu berücksichtigen.

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.

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

(5) Änderungen des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekas- sen mitzuteilen.

(6) Die Partner des Rahmenvertrages erklären die jährlich aktualisierten Be- schlüsse der Landespflegegesetzkommission nach § 75 Abs. 3 Nr. 2 zum Ver- tragsbestandteil.

§ 21 Arbeitshilfen

Die Pflegeeinrichtung hat ihren Mitarbeitern im erforderlichen Umfang Ar- beitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirt- schaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

§ 22 Nachweis des Personaleinsatzes

Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Bei der Dienstpla- nung des Personals sind

- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fort- bildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten, insbesonde- re 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 - nach § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 23

Prüfung durch die Pflegekassen

Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit. Besteht aus Sicht der Pflegekasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen, so kann die Pflegekasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zur Frage der Pflegesituation des Pflegebedürftigen unter Einwilligung des Pflegebedürftigen anfordern.

§ 24

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

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

(2) Die Überprüfung findet mit Einwilligung des Versicherten grundsätzlich in Gegenwart und unter Einbeziehung der leitenden Pflegefachkraft oder einer von ihr beauftragten Pflegefachkraft statt. Die Einrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher.

(3) 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.

(4) Die Befugnisse, die der Vertrag dem medizinischen Dienst der Krankenkassen einräumt, werden auch dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

§ 25

Information

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 22 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.

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

Abschnitt V

- Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 26

Abwesenheit des Pflegebedürftigen

Die Partner des Rahmenvertrages erklären den Beschluss der Landespflege-satzkommission zur Abwesenheitsregelung in der jeweils gültigen Fassung zum Vertragsbestandteil.

Abschnitt VI

- Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen - nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 27

Zugang

(1) Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung der Pflegeeinrichtung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder einem sonstigen von den Pflegekassen bestellten Sachverständigen der Zugang zu der Pflegeeinrichtung nach § 114 SGB XI zu gewähren.

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

§ 28 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

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

Abschnitt VII

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

§ 29 Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände der Pflegekassen zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 30 Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 28 Abs. 2 keine Einigung zustande, können die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen.

(2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (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.

§ 31

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

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

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

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

§ 32

Abwicklung der Prüfung

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

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

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

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

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

§ 33 Prüfungsbericht

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

- den Prüfungsauftrag,
- die Vorgehensweise bei der Prüfung,
- die Einzelergebnisse der Prüfung bezogen auf die Prüfungsgegenstände,
- die Gesamtbeurteilung,
- die Empfehlungen zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

Diese Empfehlungen schließen die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Prüfungsergebnisse einschl. der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung mit ein.

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

(2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der im Prüfungsauftrag vereinbarten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und unter Beachtung des § 115 Abs. 1 SGB XI den Beteiligten 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.

Abschnitt VIII

§ 34 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt am **01.08.2005** in Kraft.

(2) Er kann durch die Partner des Rahmenvertrages mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden, frühestens zum **31.12.2006**. Für den Fall der abschnittswisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte dieser Empfehlung weiter.

Die Partner des Rahmenvertrages verpflichten sich, für den Fall der Kündigung unverzüglich in Verhandlungen einzutreten.

(3) Die gekündigten Vereinbarungen bleiben über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien verbindlich, bis sie durch eine neue vertragliche Regelung ersetzt werden.

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

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

AOK Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

BKK-Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

IKK Landesverband Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Chemnitz

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Landwirtschaftliche Krankenkassen
Mittel- und Ostdeutschland

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Ministerium für Gesundheit und Soziales des
Landes Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06.2005

Überörtlicher Sozialhilfeträger
des Landes Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Arbeiterwohlfahrt-Landesverband
Sachsen-Anhalt e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Caritas-Verband
für das Bistum Magdeburg e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband
Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband
Sachsen-Anhalt e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Diakonisches Werk Evangelischer
Kirchen in Mitteldeutschland e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in
Deutschland e.V., Magdeburg

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Landesverband Hauskrankenpflege
Sachsen-Anhalt e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Arbeitgeber- und Berufsverband
Privater Pflege e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Bundesverband ambulanter Dienste e.V.
Landesvertretung Sachsen-Anhalt

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
Sachsen-Anhalt e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime
Bundesverband e.V.

.....

**Unterschrift zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt
für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI**

Magdeburg, den 03.06. 2005

Landkreistag und Städte- und Gemeindebund für die
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Pflegeeinrichtungen
und -dienste der kommunalen Spitzenverbände

.....

Anlagen zum Rahmenvertrag

Anlage 1 Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI

Anlage 2 Protokollnotiz

Anlage 1

zum Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI vom 03.06.2005

Die auf Bundesebene vereinbarten "Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI" sind Anlage zum Rahmenvertrag. Ergeben sich daraus Veränderungswünsche hinsichtlich des Rahmenvertrages, treten die Vereinbarungspartner in Verhandlungen ein.

Anlage 2

zum Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI vom 03.06.2005

Protokollnotiz

Die Vertragspartner sind sich einig, dass sich die Einrichtungsträger wie üblich in allen Vertragsangelegenheiten durch ihre Vereinigungen (Spitzenverbände) vertreten lassen bzw. diese Verbände beteiligen können.

zu § 1

Sollten sich in Verbindung mit § 1 Veränderungen auf Bundesebene hinsichtlich der Rahmenempfehlung ergeben, treten die Vertragsparteien in neue Verhandlungen ein.

zu § 6

Der § 6 tritt mit dem nächsten Vergütungszeitraum nach Abschluss dieses Rahmenvertrages in Kraft. In der Zwischenzeit bleibt § 6 des Rahmenvertrages vom 01.07.1996 gültig.

zu § 16 (1)

Die Möglichkeit einer einrichtungsbezogenen Abschlagszahlung kann nach Prüfung des jeweiligen Einzelfalles vereinbart werden.