

**Rahmenvertrag gemäß
§ 75 Abs. 1 SGB XI
zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege
zwischen**

der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege,

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V.,
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e.V.,
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V.,
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband westliches Westfalen e.V.,
- Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.,
- Caritasverband für das Bistum Essen e.V.,
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.,
- Caritasverband für die Diözese Münster e.V.,
- Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.,
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Landesverband NW e.V.,
- Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Nordrhein e.V.,
- Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Westfalen-Lippe e.V.,
- Diakonisches Werk der Evang. Kirche im Rheinland e.V.,
- Diakonisches Werk der Evang. Kirche von Westfalen e.V.,
- Diakonisches Werk - Innere Mission und Hilfswerk der Lippischen Landeskirche e.V.,
- Landesverband der Jüdischen Kulturgemeinden von Westfalen,
- Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Nordrhein,

dem Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime und soziale Dienste e.V. (BPA)
dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Landesgruppe NRW e.V. (VDAB)
dem Verband der Kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW e.V. (VKSB)

- einerseits -

sowie

dem Landschaftsverband Rheinland,
dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
dem Städtetag Nordrhein-Westfalen,
dem Landkreistag Nordrhein-Westfalen
und den Landesverbänden der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen,

- der Pflegekasse bei der AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,
- der Pflegekasse bei der AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse,
- dem BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen,
- der IKK-Pflegekasse Nordrhein,
- der Vereinten IKK,
- der Bundesknappschaft,
- der Pflegekasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Pflegekasse,
- dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.- Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,
- dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.- Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe,
- der Pflegekasse für den Gartenbau,

vertreten durch die jeweils zuständige landwirtschaftliche Pflegekasse und
dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

- andererseits.

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich	6
Abschnitt I	
- Inhalt der Leistungen einschließlich Abgrenzung zu den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie den Zusatzleistungen -	
§ 2 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege)	4
§ 3 Unterkunft und Verpflegung	6
§ 4 Zusatzleistungen	7
§ 5 Formen der Hilfe	7
§ 6 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	7
§ 7 Abgrenzung der pflegerischen Leistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen	8
Abschnitt II	
- Allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte -	
§ 8 Bewilligung der Leistung	8
§ 9 Wahl der Pflegeeinrichtung	8
§ 10 Heimvertrag	8
§ 11 Organisatorische Voraussetzungen	9
§ 12 Qualitätssicherung	9
§ 13 Leistungsfähigkeit	9
§ 14 Mitteilungen	9
§ 15 Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Haftung	10
§ 16 Dokumentation der Pflege	10
§ 17 Leistungsnachweis	10
§ 18 Vergütung der Leistungen, Zuzahlungen	11
§ 19 Abrechnung	11
§ 20 Zahlungsfrist, Forderungen und Beanstandungen	12
§ 21 Vertragsausschuss, Maßnahmen bei Vertragsverstößen	12
§ 22 Grundsatzausschuss	12
§ 23 Datenschutz	12
Abschnitt III	
- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen -	
§ 24 Personelle Ausstattung	13
§ 25 Arbeitshilfen	13
§ 26 Nachweis des Personaleinsatzes	13
§ 27 Räumliche Ausstattung	13
Abschnitt IV	
- Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege -	
§ 28 Prüfung durch die Pflegekassen	14
§ 29 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	14
Abschnitt V	
- Pflegevergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung -	
§ 30 Abwesenheit des Pflegebedürftigen	14

Abschnitt VI

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

§ 31 Zugang	15
§ 32 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung	15

Abschnitt VII

- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten -

Seite

§ 33 Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung	15
§ 34 Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen	15
§ 35 Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand	16
§ 36 Abwicklung der Prüfung	16
§ 37 Prüfungskosten	17
§ 38 Prüfungsergebnis	17

Abschnitt VIII

- Übergangs- und Schlussvorschriften -

§ 39 Übergangsregelung	17
§ 40 Inkrafttreten, Kündigung	17

Anlagen

17

Anlage 1 zu § 7 Abgrenzung der pflegerischen Leistungen von Unterkunft und Verpflegung

Anlage 2 zu § 17 Leistungsnachweis (ist noch nicht Gegenstand des Vertrages)

Anlage 3 zu § 19 Rechnung (ist noch nicht Gegenstand des Vertrages)

Anlage 4 zu § 19 (Protokollnotiz) Mitteilung über stationäre Pflegeleistungen bei Unterbrechungstatbeständen

Anlage 5 zu § 27 Räumliche Ausstattung

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der beteiligten Pflegekassen mit Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI.
- (2) Dieser Vertrag regelt:
1. den Inhalt der Pflegeleistungen (Abschnitt I),
 2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege, einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte (Abschnitt II),
 3. die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen (Abschnitt III),
 4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege (Abschnitt IV),
 5. die Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung (Abschnitt V),
 6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen (Abschnitt VI),
 7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten (Abschnitt VII).
- (3) Dieser Vertrag ist für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und die Pflegekassen im Bundesgebiet unmittelbar verbindlich.

Abschnitt I - Inhalt der Leistungen einschließlich Abgrenzung zu den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie den Zusatzleistungen –

§ 2 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege)

- (1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Tätigkeiten 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 in der anerkannten Pflegestufe. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, welche die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.*
- (2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI zu erbringen. Zu den allgemeinen Pflegeleistungen (Grundpflege) gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen bei den nachfolgenden Verrichtungen:

Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Der Zeitpunkt der Körperpflege ist mit dem Pflegebedürftigen und seinem sozialen Umfeld abzustimmen. Die Intimsphäre ist zu schützen. Die Pflegekraft unterstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema "Ausscheiden/Ausscheidungen".

* Protokollnotiz

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden;
dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit, das Schneiden von Finger- und Fußnägeln, das Haare waschen und trocknen, ggf. Kontaktherstellung zum/zur Friseur/in, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege,
- die Zahnpflege;
diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parotitisprophylaxe,
- das Kämmen;
einschl. Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren;
einschließlich der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschließlich der Pflege von katheter- und urinalversorgten Pflegebedürftigen, sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an,
- weitere regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI.

Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung (einschl. notwendiger Diätkost) ist anzustreben. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur 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.

Mobilität

Ziele der Mobilisation

Ziel der Mobilisation ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit sowie der fachgerechte Umgang mit überschießendem Bewegungsdrang. Die Mobilisation und das Training sind an die individuelle Situation und Umgebung des Pflegebedürftigen anzupassen. Zur Förderung der Bewegung sind Außenkontakte zu unterstützen. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

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

Die Mobilität umfasst:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;
das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, wie z.B. Prothesen. Das Betten und Lagern 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 und sonstiger Hilfsmittel,
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich zu bewegen, z.B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände,
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung;
dabei sind solche Verrichtungen außerhalb der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern (z.B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches),
- das An- und Auskleiden;
dies umfasst auch die Auswahl der Kleidung gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen sowie ggf. ein An- und Ausziehtraining.

(3) Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige) geschieht. Ziel 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 die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zurzeit, zum Ort, zur Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender.

(4) Die Pflegeeinrichtung erbringt die medizinische Behandlungspflege entsprechend den gesetzlichen Regelungen. Diesbezügliche ärztliche Anordnungen sind zu beachten.

(5) Gegenstand der Pflegeleistungen ist auch der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung.

§ 3

Unterkunft und Verpflegung

(1) Die Unterkunft und Verpflegung umfassen die Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Zur Verpflegung gehören insbesondere eine ausgewogene Ernährung sowie das Bereitstellen der Getränke und Speisen.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfassen insbesondere:

- Ver- und Entsorgung (Energie, Wasser, Abfall),
- Reinigung;
diese umfasst die Reinigung aller Räumlichkeiten der Einrichtung (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung),
- Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischer Anlagen und Außenanlagen,

- Wäscheversorgung;
die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie die Reinigung der persönlichen Wäsche und Kleidung des Pflegebedürftigen, soweit sie maschinenwaschbar und maschinell bügelbar ist,
- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und das Bereitstellen von Speisen und Getränken.

§ 4 Zusatzleistungen

Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind individuell vom Pflegebedürftigen wählbare, über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 2 und 3 hinausgehende Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung. Sie sind zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung schriftlich zu vereinbaren.

§ 5 Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

- die der Pflegebedürftige benötigt, 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 selbst 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 Verrichtungen 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. Erforderliche Beaufsichtigung oder Anleitung ist insbesondere bei psychisch Kranken, geistig und seelisch behinderten sowie gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern sicherzustellen.

(4) Die Form des Hilfebedarfs orientiert sich am sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen. Dabei sind seine angemessenen Wünsche und Kommunikationsbedürfnisse zu berücksichtigen.

(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.

§ 6 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch anzuleiten.

§ 7

Abgrenzung der pflegerischen Leistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) Es gelten die Regelungen nach § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI.

(2) Bis zum Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 1 gilt Folgendes:

Der mit den allgemeinen Pflegeleistungen sowie mit Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang stehende Aufwand ist bis zu einer einvernehmlichen Anschlussregelung – spätestens nach Abschluss der Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 2000 - gemäß Anlage 1 dem jeweiligen Bereich hälftig oder vollständig zuzuordnen. Die Anlage 1 dient ausschließlich der Klärung der Abgrenzungsfrage und hat für die inhaltliche Gestaltung des Leistungsnachweises nach § 85 Abs. 3 SGB XI keine präjudizierende Wirkung.

(3) Der Aufwand nach den Absätzen 1 und 2 darf keine Zusatzleistungen nach § 4 enthalten.

(4) 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 Erbringung der Leistungen nach §§ 2 und 3 nicht beeinträchtigen. Die Aufnahme in das Pflegeheim darf nicht von dem Abschluss einer Vereinbarung über Zusatzleistungen abhängig gemacht werden.

Abschnitt II

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

§ 8

Bewilligung der Leistung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung werden auf der Basis einer unverzüglich veranlassten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von der Pflegekasse bewilligt. Grundlage der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist insoweit der Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, die Zuordnung zu einer Pflegestufe und Angaben zur Höhe des Leistungsanspruches. Soweit der Pflegekasse die Heimaufnahme bekannt ist, informiert sie die Pflegeeinrichtung unverzüglich über die Zuordnung zu einer Pflegestufe. Im Übrigen gelten die Regelungen der Vereinbarung nach § 3 PFG NW in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunfts- und Beratungspflichten den Versicherten auf ggf. 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.

§ 9

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.

§ 10

Heimvertrag

(1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Heimvertrag gemäß §§ 4 ff. Heimgesetz. Der Heimvertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen und Vereinbarungen 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) Im Heimvertrag zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung sind die Leistungen nach den §§ 2 bis 4 dieses Vertrages aufzuführen und die dazu vereinbarten Entgelte auszuweisen. Die Vorschriften des SGB XI und die hierzu abgeschlossenen Vereinbarungen sowie die Einstufung der Pflegekasse sind dem Vertrag zugrunde zu legen.

(3) Die Pflegeeinrichtung bzw. ihre Trägerverbände stellen den Landesverbänden der Pflegekassen das jeweils aktuelle Muster des Heimvertrages nach Absatz 1 zur Verfügung.

§ 11 **Organisatorische Voraussetzungen**

Neben den Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 SGB XI hat die Pflegeeinrichtung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- b) die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c) Nachweis einer ausreichenden Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden durch Vorlage einer Kopie der Versicherungspolice oder in gleichwertiger Form,
- d) einen aktuellen Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (Führungszeugnis) für die verantwortliche Pflegefachkraft.

§ 12 **Qualitätssicherung**

(1) Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI zu erbringen. Werden Qualitätsmängel im Sinne des § 80 Abs. 3 SGB XI festgestellt, sind diese zu Lasten der Pflegeeinrichtung unverzüglich zu beheben. Bei wesentlichen Qualitätsmängeln gehen die Kosten der Qualitätsprüfung nach vorheriger Beratung im Vertragsausschuss zu Lasten der Pflegeeinrichtung. Im Übrigen gilt das Verfahren nach Punkt 5.1 (Kurzzeitpflege) bzw. 6.1 (vollstationäre Pflege) der o.a. Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe.

(2) Als flankierende Maßnahme der Qualitätssicherung kann der MDK jederzeit Kontakt mit dem Heimbeirat/Heimfürsprecher sowie der Heimaufsicht aufnehmen. Die Pflegeeinrichtung teilt dem MDK hierzu die Mitglieder dieses Gremiums bzw. den Namen des Heimfürsprechers jeweils aktuell mit.

§ 13 **Leistungsfähigkeit**

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, im Rahmen ihrer Platzkapazität die Pflegebedürftigen, die die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem Versorgungsvertrag zu versorgen; dies gilt auch für Heimpflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I, sofern eine Kostenzusage vorliegt. Im Rahmen des Versorgungsauftrages hat jede Pflegeeinrichtung entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Leistungen zu jeder Zeit, bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen zu erbringen.

(2) Pflegeeinrichtungen, die pflegerische Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Dieser ist den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen. Soweit der Kooperationspartner nicht selbst zugelassen ist, bedarf die Kooperation der Zustimmung durch die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen. Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners gegenüber den Pflegebedürftigen und den Pflegekassen trägt die beauftragende zugelassene Pflegeeinrichtung.

(3) Änderungen des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind dem zuständigen Landesverband der Pflegekassen mitzuteilen.

§ 14 **Mitteilungen**

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

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

(2) Die Pflegekasse informiert mit Einverständnis des Versicherten auf Wunsch der Pflegeeinrichtung diese über vorliegende Empfehlungen des MDK zum individuellen Pflegeplan (§ 18 Abs. 5 SGB XI) des jeweiligen Pflegebedürftigen. § 2 dieses Vertrages bleibt unberührt.

§ 15

Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Haftung

(1) Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen und die Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung und des Trägers der Sozialhilfe bewirken. Zusatzleistungen bleiben unberührt.

(2) Die Pflegeeinrichtung haftet gegenüber dem Versicherten und den Pflegekassen nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB X). Sie stellt sicher, dass die erforderlichen Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen sind.

§ 16

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.

- Name des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeklasse/Pflegestufe des Pflegebedürftigen,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- bundeseinheitliches Institutionskennzeichen der Einrichtung,
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
- Angaben über Art und Umfang der durchgeführten Pflegeleistungen,
- Angaben über die durchgeführte Behandlungspflege,
- Angaben über die soziale Betreuung.

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

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind im notwendigen Umfang täglich in der Pflegedokumentation zu erfassen, von der Pflegekraft zu bestätigen und durch die leitende Pflegefachkraft oder eine andere verantwortliche Pflegefachkraft einmal monatlich zu prüfen.

(3) Im Einzelfall ist auf Verlangen der Pflegekasse mit Zustimmung des Pflegebedürftigen dieser ein Auszug nach Absatz 1 aus der Pflegedokumentation vorzulegen.

(4) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat Aufzeichnungen nach Absatz 1 fünf Jahre nach Beendigung des Jahres der Leistungserbringung in der Pflegeeinrichtung aufzubewahren.

§ 17

Leistungsnachweis

Sofern die erbrachten Pflegeleistungen nicht pauschaliert mit Pflegesätzen abgegolten werden, ist für jeden Pflegebedürftigen ein Leistungsnachweis gemäß Anlage 2 zu führen. Dieser beinhaltet folgende Auszüge aus der Pflegedokumentation:

- bundeseinheitliches Institutionskennzeichen der Einrichtung,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeklasse/Pflegestufe des Pflegebedürftigen,
- Art und Menge der Leistung mit Tagesdatum (Pflegebericht),
- Tagesdatum der Leistungserbringung.

Der Leistungsnachweis ist täglich zu führen und mindestens einmal monatlich von der leitenden Pflegefachkraft oder einer anderen verantwortlichen Pflegefachkraft abzuzeichnen.

§ 18

Vergütung der Leistungen, Zuzahlungen

(1) Die Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag richtet sich nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 85 SGB XI.

(2) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat. Sofern die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege einbezieht, können deren Leistungen nur über die ursprünglich beauftragte zugelassene Pflegeeinrichtung abgerechnet werden. Kooperationspartner gelten als Erfüllungsgehilfen im Sinne des § 278 BGB der zugelassenen Pflegeeinrichtung.

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

§ 19

Abrechnung

(1) Die Abrechnung richtet sich nach §§ 105, 106 SGB XI.*

(2) Die Abrechnung der erbrachten Pflegeleistungen erfolgt monatlich einmal. Die Rechnungen gemäß dem Muster nach Anlage 3 sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle bis zum 5. des auf den Leistungserbringungszeitraum folgenden Monats einzureichen.*

(3) Rechnungen, die den Anforderungen der Absätze 1 und 2 nicht entsprechen, können zeitnah zurückgewiesen werden.*

(4) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die leistungspflichtige Pflegekasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Beauftragung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der leistungspflichtigen Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, der Abrechnungsstelle mit dem der leistungspflichtigen Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung den Auftrag zu entziehen und die Pflegekasse hierüber unverzüglich zu informieren. Die Rechnungen der Abrechnungsstelle haben den Anforderungen dieses Vertrages zu entsprechen. Forderungen der Pflegekasse gegen die Pflegeeinrichtung können auch gegenüber der Abrechnungsstelle geltend gemacht werden. Insoweit besteht ein Abtretungsverbot, wenn Rückstände bei Sozialversicherungsbeiträgen bestehen oder Überzahlungen vorliegen.

(5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 4 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. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Pflegekasse, so haftet die Pflegeeinrichtung.

(6) Im gegenseitigen Einvernehmen zwischen der Pflegeeinrichtung und der Pflegekasse können abweichende Regelungen vereinbart werden.

* Protokollnotizen zu den Absätzen 1 - 3

§ 20

Zahlungsfrist, Forderungen und Beanstandungen

(1) Die Zahlung an die Pflegeeinrichtung erfolgt auf der Basis der vereinbarten Abrechnungsunterlagen innerhalb der gesetzlichen oder vertraglich vereinbarten Zahlungsfristen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

(2) Über- oder Restzahlungen, die sich aus Zahlungen nach Absatz 1 und Rechnungen nach § 19 Abs. 2 für einen Monat ergeben, werden mit der Zahlung nach Absatz 1 für den Folgemonat ausgeglichen.

(3) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht worden sind, nicht mehr erhoben werden.

(4) Beanstandungen müssen innerhalb von einem Jahr nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 21

Vertragsausschuss, Maßnahmen bei Vertragsverstößen

(1) Zur Klärung von Zweifelsfragen, Beilegung von Meinungsverschiedenheiten bei der Durchführung dieses Vertrages, zur Erörterung von geeigneten Maßnahmen nach Absatz 2 sowie zur Feststellung von wesentlichen Qualitätsmängeln nach § 12 wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet. Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Vertragsausschuss einzuberufen. Dem Vertragsausschuss gehören Vertreter der Verbände der Pflegeeinrichtungen, im Falle der Beratung über geeignete Maßnahmen nach Absatz 2 Vertreter des von der Pflegeeinrichtung benannten Verbandes - einerseits - sowie Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen und des zuständigen Trägers der Sozialhilfe - andererseits - mit gleicher Stimmzahl an.

(2) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam nach Anhörung der Pflegeeinrichtung und Erörterung im Vertragsausschuss über geeignete Maßnahmen befinden.

(3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 2 ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

§ 22

Grundsatzausschuss

(1) Die Parteien dieses Rahmenvertrages bilden einen Grundsatzausschuss im Sinne von § 86 Abs. 3 SGB XI. Dieser regelt z.B. folgende Fragen:

- Grundsätze und Maßstäbe für die Personalbemessung in Form von Orientierungswerten,
- Abgrenzung der Leistungsbestandteile nach § 7 dieses Rahmenvertrages,
- Kennzahlen/Kriterien zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit bei Leistungsdaten und im Personal- und Sachkostenbereich (vgl. §§ 84, 85 SGB XI),
- Verfahren der Pflegesatzverhandlung und der Ermittlung der Leistungsentgelte.

Der Grundsatzausschuss wird mit Einigung über diesen Rahmenvertrag gebildet. Der Grundsatzausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 23

Datenschutz

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke sowie für Zwecke der Statistik in dem zulässigen Rahmen nach § 109 SGB XI 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 -**

§ 24
Personelle Ausstattung

(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 Qualitätsvereinbarungen nach § 80/ 80 a SGB XI gewährleisten. Die Grundsätze und Maßstäbe für die Personalbemessung sind im Grundsatzausschussnach § 22 zu regeln.

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation einschließlich der Festlegung der internen Zuständigkeiten verantwortlich. Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20 v. H. möglichst nicht übersteigen; ehrenamtlich Tätige und Zivildienstleistende werden auf diesen Anteil nicht angerechnet.

(3) Die fachliche Qualifikation des Personals richtet sich nach den Regelungen der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und der Heimpersonalverordnung.

Beim Einsatz des Personals sind,

- die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zur selbständigen Ausführung 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

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 nach. Dies gilt auch bei Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft, der den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekanntzugeben ist. Auf Anforderung der Mehrheit der zuständigen Landesverbände der Pflegekassen weist der Träger der Pflegeeinrichtung auch die Eignung der anderen Pflegekräfte im Sinne der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI nach.

§ 25
Arbeitshilfen

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

§ 26
Nachweis des Personaleinsatzes

Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren und mindestens fünf Jahre aufzubewahren.

§ 27
Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung einer Pflegeeinrichtung hat sich unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen am Versorgungsauftrag und den Bedürfnissen der zu pflegenden Personen zu

orientieren. Die sich daraus ergebenden Mindestanforderungen sind in der Anlage 5 zusammengestellt. Für die bei Inkrafttreten dieses Vertrages zugelassenen oder im Bau befindlichen Pflegeeinrichtungen gelten diese Mindestanforderungen als Orientierung.

Abschnitt IV - Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege -

§28 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, 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 anfordern. Der Pflegebedürftige wird über die Stellungnahme durch die Pflegeeinrichtung informiert.

§ 29 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(1) Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit und Dauer der Pflegebedürftigkeit und der im Einzelfall erforderlichen Leistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen lassen.

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

(3) 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 einzuholen. Die notwendigen Unterlagen sind dem MDK zur Verfügung zu stellen. Eine vom Träger benannte, geeignete Pflegefachkraft wird zur Erläuterung der Unterlagen im erforderlichen Umfang einbezogen.

(4) Die Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung über das Ergebnis der Begutachtung und ihre daraus resultierende Entscheidung unverzüglich.

Abschnitt V - Pflegevergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung -

§ 30 Abwesenheit des Pflegebedürftigen

(1) Soweit der vollstationäre Pflegeplatz (§ 43 SGB XI) vorübergehend aufgrund eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung sowie wegen Urlaubs nicht in Anspruch genommen werden kann, ist er freizuhalten.

(2) Die Pflegeeinrichtung informiert die Pflegekasse und ggf. weitere Kostenträger über Dauer und Grund der Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

(3) Bei einer vorübergehenden Abwesenheit des vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (§ 43 SGB XI) wird eine Platzgebühr berechnet. Innerhalb eines Kalenderjahres besteht Anspruch auf Platzgebühr bis zu 42 Tagen. Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen verlängert sich der Anspruch für die Dauer dieser Aufenthalte.

(4) Die Platzgebühr ab dem 4. Tag beträgt 75 v. H. der Pflegevergütung (vgl. § 84 Abs. 1 SGB XI) und des jeweils gültigen Entgelts für Unterkunft und Verpflegung (vgl. § 87 SGB XI). Für die ersten 3 Tage der Abwesenheit werden die ungekürzte Pflegevergütung und die jeweils ungekürzten Entgelte für

Unterkunft und Verpflegung gezahlt. Die Regelungen über die gesondert berechenbaren Aufwendungen (Investitionskosten) bleiben unberührt.

Privatrechtliche Zahlungsverpflichtungen der Bewohner gegenüber der Pflegeeinrichtung bleiben durch die vorstehenden Regelungen unberührt.

(5) Als Abwesenheit im Sinne dieser Regelung gilt, wenn der Pflegebedürftige ganztätig von 0.00 Uhr bis 24.00 Uhr abwesend war.

(6) Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Pfl egetag berechnet. Bei Wechsel des Pflegebedürftigen in eine andere Pflegeeinrichtung erhält ausschließlich die aufnehmende Pflegeeinrichtung eine Vergütung für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung.

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

§ 31
Zugang

Die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 21.10.1996 gelten entsprechend.

§ 32
Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

Die Prüfung findet in Gegenwart des oder der Leiters/in der Pflegeeinrichtung oder einer vom Träger der Pflegeeinrichtung beauftragten Person statt. Die Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher. Der Pflegeeinrichtung bleibt es unbenommen, ihren Trägerverband zu beteiligen.

Abschnitt VII
- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen
einschl. der Verteilung der Prüfungskosten -

§ 33
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 (§ 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI) 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.

§ 34
Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

(1) Die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen in Absprache mit dem Träger der Pflegeeinrichtung. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen eine Verständigung nicht zustande, bestellen die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen unmittelbar.

(2) Der Auftrag wird dem Sachverständigen schriftlich erteilt.

(3) Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfungsabwicklung eine hinreichend gründliche Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. Die Erteilung ergänzender Einzelaufträge bedarf der Zustimmung der jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen.

§ 35

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. Prüfungsgegenstände sind insbesondere

- die Leistungsstruktur,
- die Kostenstruktur,
- die Aufbau- und Ablauforganisation,

sowie die Leistungsfähigkeit der Pflegeeinrichtung und die Qualität der Pflegeleistungen.

(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. Im Prüfungsauftrag wird der Prüfungszeitraum konkretisiert.

§ 36

Abwicklung der Prüfung

(1) Dem Träger der Pflegeeinrichtung bleibt es unbenommen, seinen Trägerverband zu beteiligen.

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

(3) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat dem Sachverständigen gegen Vorlage des Prüfauftrages 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.

(4) 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. Hierzu gehören insbesondere:

- Bewilligungsbescheide
- Leistungsnachweise nach § 17
- Pflegedokumentationen
- Personaleinsatzplanung
- Kooperationsvereinbarungen
- Abrechnungen mit den Pflegekassen
- Lohn- und Gehaltsunterlagen
- Arbeitsverträge der Mitarbeiter, soweit zur Sachverhaltsaufklärung erforderlich, und
- Kosten- und Leistungsrechnungen.

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

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

(7) Über die Prüfung wird den Auftraggebern ein Bericht erstellt. Dieser enthält auch Empfehlungen zur Behebung der Beanstandungen sowie zur Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen. Unterschiedliche Auffassungen, die im Abschlussgespräch nicht ausgeräumt werden konnten, sind im Prüfungsbericht darzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren den Träger über die Empfehlungen nach Satz 2.

(8) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfungsbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden.

§ 37 Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger der Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen zu gleichen Teilen. Bestellen die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein (§ 34 Abs. 1 Satz 2), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 38 Prüfungsergebnis

Das Prüfergebnis ist, sofern nicht eine Kündigung des Versorgungsvertrages die Folge ist, bei der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 39 Übergangsregelung

Für Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen des Bestandschutzes (§ 73 Abs. 3 SGB XI) zugelassen werden, ist ein erneuter Nachweis gemäß § 11 nicht zu führen.

§ 40 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.1999 in Kraft.

(2) Die Vertragspartner erklären ihre Bereitschaft, über einen sich nach Inkrafttreten des Vertrages ergebenden wesentlichen Änderungsbedarf zügig Verhandlungen aufzunehmen.

(3) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr zum Ende des Kalenderjahres ganz oder teilweise gekündigt werden. Für den Fall einer Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über einen Anschlussvertrag einzutreten. Die gekündigten Bestandteile bleiben über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien verbindlich, bis sie durch eine neue vertragliche Regelung ersetzt werden.

Protokollnotizen zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege in NRW

zu § 2:

Die Vertragspartner gehen bei der Erbringung von Leistungen nach § 42 SGB XI davon aus, dass insbesondere für "eingestreute Kurzzeitpflegeplätze" die auf Landesebene abzustimmende Pflegekonzeption angewandt wird.

zu § 19 Abs. 1 - 3:

(1) Abweichend von den Abs. 1 - 3 gilt bis zum Inkrafttreten von Regelungen nach § 105 Abs. 2 SGB XI folgendes:

1. Jede Pflegeeinrichtung meldet auf Anfrage der jeweiligen Pflegekasse dieser zeitnah die bei ihr versicherten pflegebedürftigen Heimbewohner.
2. Die Pflegekassen zahlen die entsprechenden Leistungsbeträge am 15. des laufenden Monats an die Pflegeeinrichtung.
3. In allen Fällen, in denen der Pflegebedürftige nicht einen vollen Kalendermonat in der Pflegeeinrichtung gepflegt wird (z. B. stationäre Behandlung, Neuaufnahme), meldet die Pflegeeinrichtung dies bis zum 5. des folgenden Monats mit der "Mitteilung über stationäre Pflegeleistungen bei Unterbrechungstatbeständen" (Anlage 4).

(2) Die Vertragspartner prüfen, ob nach Inkrafttreten der Regelungen nach § 105 Abs. 2 SGB XI die vorgenannte Verfahrensabsprache als Vereinbarung gemäß § 106 SGB XI weitergelten soll.

(3) Solange die Leistungen nach diesem Vertrag pauschaliert mit einem Pflegesatz abgegolten werden, ist eine Angabe der Zeit der Leistungserbringung in den Abrechnungsunterlagen nicht erforderlich.

Protokollerklärung 1

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege.

1. Unter Pflegekassen im Sinne dieses Vertrages sind auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen zu verstehen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben.
2. Bei Versicherten der privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Absatz 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab. Dieser kann den Versicherer anweisen, Erstattungsbeträge unmittelbar an das Pflegeheim auszusahlen.
3. Die Befugnisse, die die Pflegeeinrichtungen dem Medizinischen Dienst der Pflegekassen einräumen, gelten gegenüber dem ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung entsprechend.

Protokollerklärung 2 Entwurf, Stand 10.06.1999

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen dieses Rahmenvertrages für heimbefürderte Bewohner mit geringem Pflegebedarf (sogenannte Stufe 0/G) analog anzuwenden sind.

Anlagen

Anlage 1 zu § 7 Abgrenzung der pflegerischen Leistungen von Unterkunft und Verpflegung

Anlage 2 zu § 17 Leistungsnachweis (ist noch nicht vereinbart)

Anlage 3 zu § 19 Rechnung (ist noch nicht vereinbart)

Anlage 4 zu § 19 (Protokollnotiz) Mitteilung über stationäre Pflegeleistungen bei
Unterbrechungstatbeständen

Anlage 5 zu § 27 Räumliche Ausstattung

Bergisch-Gladbach, Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Duisburg, Essen, Köln, Lüdenscheid, Münster,
den 10.06.1999

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e.V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband
Ostwestfalen-Lippe e.V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband
westliches Westfalen e.V.

Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum
Köln e.V.

Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Landesverband NW e.V.

Deutsches Rotes Kreuz
- Landesverband Nordrhein e.V.

Deutsches Rotes Kreuz
- Landesverband Westfalen-Lippe e.V.

Diakonisches Werk der Evang. Kirche im
Rheinland e.V.

Diakonisches Werk der Evang. Kirche von
Westfalen e.V.

Diakonisches Werk-Innere Mission und
Hilfswerk der Lippischen Landeskirche e.V.

Landesverband der Jüdischen
Kulturgemeinden von Westfalen

Landesverband der Jüdischen Gemeinden von
Nordrhein

Bundesverband privater Alten- und
Pflegeheime und soziale Dienste e.V. (BPA)

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
Landesgruppe NRW e.V. (VDAB)

Verband der Kommunalen Senioren- und
Behinderteneinrichtungen in NRW e.V. (VKSB)

Landschaftsverband Rheinland

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Städtetag Nordrhein-Westfalen

Landkreistag Nordrhein-Westfalen

Pflegekasse bei der AOK – die Gesundheitskasse

Pflegekasse bei der AOK Westfalen-Lippe
- die Gesundheitskasse

BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen

Vereinte IKK

IKK-Pflegekasse Nordrhein

Bundesknappschaft

Pflegekasse der rheinischen Landwirtschaft

Westfälische landwirtschaftliche Pflegekasse

Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.
Arbeiter-Ersatzkasse-Verband e.V.
-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
-Landesvertretung Westfalen-Lippe

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.