

Rahmenvertrag

gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI

zur Sicherstellung der vollstationären Pflege

im Land Brandenburg

zwischen

den Landesverbänden der Pflegekassen im Land Brandenburg, vertreten durch

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,

den Ersatzkassen:

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

gemeinsamer bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg,

BKK Landesverband Mitte

Siebstraße 4, 30171 Hannover,

IKK Landesverband Brandenburg und Berlin,

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten ,

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V.

und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.,

sowie dem überörtlichen Sozialhilfeträger, vertreten durch

Landesamt für Soziales und Versorgung

und der Arbeitsgemeinschaft der kreislichen Sozialhilfeträger

und der Arbeitsgemeinschaft der städtischen Träger der Sozialhilfe

sowie den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen:

Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Brandenburg e. V.,

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.,

Caritasverband der Diözese Görlitz e. V.,

Der Paritätische, Landesverband Brandenburg e. V.,

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Brandenburg e. V.,

Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V.,

Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e. V.,
Landesgruppe,

Arbeitsgemeinschaft privater Heime e. V.,
Regionalstelle Magdeburg,

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

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin,

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.,

B.A.H

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V. Landesverband Brandenburg

Präambel

Ziel dieses Rahmenvertrages ist unter Beachtung des Verbraucherschutzes die Sicherstellung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der vollstationären Pflege, die den Pflegebedürftigen helfen, ein weitestgehend selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen und individuelle Bedarfe sowie den Vorrang von Prävention und Rehabilitation zu berücksichtigen.

Dafür soll ein qualitatives, differenziertes, ausreichendes und umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, das die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung umfasst.

Dieser Vertrag regelt:

Abschnitt I	Gegenstand des Vertrages
Abschnitt II	Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen
Abschnitt III	Allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte
Abschnitt IV	Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen
Abschnitt V	Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege
Abschnitt VI	Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit der Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung
Abschnitt VII	Zugang des Medizinischen Dienstes, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen
Abschnitt VIII	Verfahren- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfkosten
Abschnitt IX	Inkrafttreten, Kündigung und Salvatorische Klausel

Für vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen, in denen Leistungen gemäß § 43 a SGB XI erbracht werden, findet dieser Rahmenvertrag keine Anwendung.

Abschnitt I

Gegenstand des Vertrages

Die stationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI; nachfolgend Pflegeeinrichtungen) übernehmen nach Maßgabe dieses Vertrages die Versorgung der Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen mit der vollstationären Pflege gemäß § 43 SGB XI.

Dieser Vertrag ist für alle durch Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen im Land Brandenburg unmittelbar verbindlich.

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

Die Regelungen dieses Vertrages gelten entsprechend bei Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages, sofern darin nichts Abweichendes geregelt ist.

Abschnitt II

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 Leistungen

- (1) Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen und Maßnahmen sollen darauf ausgerichtet sein, die Pflegebedürftigkeit zu mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorzubeugen.
- (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 Maßstäbe und Grundsätze für Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI zu erbringen.
- (3) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die Körperpflege 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 beinhaltet insbesondere:

An- und Auskleiden

- Hilfe bei der Auswahl der Kleidung
- An- und Ausziehtraining im Sinne aktivierender Pflege
- Bei Bedarf vollständige Übernahme der Handlung des An- und Ausziehens
- An- und Ablegen von Hilfsmitteln

Waschen (Ganzkörperwäsche), Duschen und Baden

- Transfer zur Waschgelegenheit und zurück
- Ganzkörperwäsche (ohne Haarwäsche)
- Hautpflege am gesamten Körper
- Nägel Reinigen, Schneiden/Feilen
- bei Bedarf Kontaktherstellung zur Fußpflege
- Duschen/Baden

Mundpflege und Zahnpflege

- Zähne putzen, Mundhygiene
- Reinigen der Zahnprothese, Hilfe beim Einsetzen und Entfernen
- Lippenpflege
- Soor- und Parotitisprophylaxe

Kämmen und Rasieren

- Kämmen und Herrichten der Tagesfrisur (keine Dauerwelle, kein Schneiden und Färben)
- Nass- und Trockenrasur einschließlich Gesichtspflege

Haare waschen

- Transfer zur Waschgelegenheit und zurück
- Waschen und Trocknen der Haare
- Kämmen und Herrichten der Tagesfrisur (keine Dauerwelle, kein Schneiden und Färben)

Unterstützung bei Ausscheidungen

- An- und Ausziehen einzelner Kleidungsstücke
- Wechseln der Kleidung
- Hilfe beim Aufstehen und Aufsuchen der entsprechenden Räumlichkeiten und zurück
- Hilfe bei Blasen- und/oder Darmentleerung
- Unterstützung bei Inkontinenz (z. B: Dauerkatheterpflege, Urinalpflege bzw. – wechsel, Wechsel aufsaugender Inkontinenzmaterialien, Stomapflege)
- Obstipationsprophylaxe
- Kontinenztraining
- Waschen des Genital-/Gesäßbereiches
- Hilfestellung beim Erbrechen (Waschen des Gesichts, der Hände nach dem Erbrechen)
- Hautpflege der gewaschenen Körperteile
- Informationen des Hausarztes nach Rücksprache mit dem Pflegebedürftigen bei Ausscheidungsproblemen

Hilfen bei der Ernährung

Im Rahmen der Planung von Mahlzeiten und der Hilfen bei der Nahrungszubereitung ist eine ausgewogene Ernährung anzustreben. Der Gebrauch von speziellen Hilfsmitteln ist zu fördern und der Pflegebedürftige ist zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Die Pflegebedürftigen sind bei der Essens- und Getränkeauswahl, der Zubereitung und Darreichung der Nahrung durch Hinweise zu unterstützen. Die Ernährung orientiert sich an den persönlichen Wünschen, Gewohnheiten und Selbstversorgungskompetenzen des Pflegebedürftigen.

Bei Problemen mit der Nahrungsaufnahme sind unterstützende Maßnahmen einzuleiten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrunde liegenden Problemen erforderlich.

Die Hilfen bei der Ernährung umfassen insbesondere:

- 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,
- die Hygienemaßnahmen wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/ Wechseln der Kleidung,
- das Verabreichen von ärztlich verordneter Sondenkost bei implantierter Magensonde:
 - Aufbereitung der ärztlich verordneten Sondenkost
 - Sachgerechte Verabreichung der Sondenkost
 - Spülen der Sonde

Hilfen bei der Mobilität und zur Mobilisierung

Ziele der Mobilität sind sowohl die Förderung der Beweglichkeit und Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen, die durch die Verwendung angemessener bewohnerbezogener Hilfsmittel unterstützt werden als auch ein differenzierter und situationsgerechter Umgang mit überschießendem Bewegungsdrang, einschließlich des Schutzes vor Selbst- und Fremdgefährdung. Zum Mobilisieren gehören auch die Pneumonie-/ Kontraktur-/ Dekubitus- und Sturzprophylaxe. Die jeweils aktuellen pflegefachlichen Erkenntnisse zur Vermeidung von Kontrakturen, Dekubitus und Schmerzen sind in dem Pflege- und Betreuungsprozess zu berücksichtigen. Dazu zählt auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.

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

Die Mobilität umfasst:

- Aufstehen und Zubettgehen

Das Aufstehen und Zubettgehen mit Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, z. B. Prothesen.

- Betten und Lagern

Es umfasst alle Maßnahmen, die beim Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen.

- Gehen, Stehen, Treppensteigen

Hierzu gehören entsprechend der Ressourcen des Pflegebedürftigen u. a. die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesener Pflegebedürftiger zum Aufstehen und Bewegen, z. B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände.

- Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung

Zwecks Förderung sozialer Kontakte sind solche Verrichtungen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und die das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern, zu unterstützen (auch außerhalb der Pflegeeinrichtung).

- An- und Auskleiden

Dies beinhaltet auch ein An- und Ausziehtraining.

(4) Soziale Betreuung

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z. B. Angehöriger und Betreuer) geschehen kann.

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 und Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

Die Pflegeeinrichtung plant und organisiert die Begleitung bei Behördengängen und Arztbesuchen, bei denen ein persönliches Erscheinen erforderlich ist. Soweit die Begleitung nicht vom sozialen Umfeld (z. B. Angehörige oder Freunde) übernommen werden kann, organisiert dies die Pflegeeinrichtung.

Angebote und Maßnahmen zur Tagesstrukturierung sind an allen Tagen (einschließlich an Sonn- und Feiertagen) bereitzustellen und die Teilnahme ist zu ermöglichen.

(5) Medizinische Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die Pflegeeinrichtungen die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 43 Abs. 2 und 3 SGB XI).

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

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, bei denen die Voraussetzungen des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfüllt sind, können nicht zu Lasten der Pflegekassen erbracht werden.

§ 2

Unterkunft und Verpflegung

- (1) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.
- (2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:
- Ver- und Entsorgung:
z. B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser, Energie und Brennstoffen sowie Abfall
 - Reinigung:
z. B. des Wohnraumes und der Gemeinschaftsräume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume entsprechend Hygiene-/Reinigungsplan und darüber hinaus im Bedarfsfall
 - Wäscheversorgung:
z. B. die Bereitstellung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen und Bügeln einschließlich der Kennzeichnung der Wäsche sowie Organisation und ggf. Durchführung von kleinen Instandsetzungen der persönlichen Wäsche und Kleidung
 - Speise- und Getränkeversorgung:
die Zubereitung und die bedarfsgerechte zeitlich individuelle Bereitstellung von Speisen und Getränken in erreichbarer Nähe für den jeweiligen Pflegebedürftigen; diätetische Kost wird bei Bedarf angeboten
 - Gemeinschaftsveranstaltungen:
z. B. den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens

Protokollnotiz:

Sofern die Aufwendungen für Wartung und Unterhaltung nicht über die jeweils gültige Landesverordnung refinanziert werden, sind diese im Rahmen der Betriebskosten zu berücksichtigen.

§ 3

Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

- (1) Die Erbringung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur gemäß § 88 Absatz 2 SGB XI zulässig.
- (2) Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen hinausgehenden allgemeinen Pflegeleistungen sowie Unterkunft und Verpflegung der Pflegeeinrichtung (§§ 1 und 2), die laufend oder in regelmäßiger Wiederkehr von der Pflegeeinrichtung angeboten oder erbracht werden, nicht mit der Pflegevergütung nach § 82 SGB XI abgedeckt und vom Versicherten individuell wählbar sind. Es handelt sich um Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen.

§ 4

Formen und Hilfe

- (1) Gegenstand der Hilfe ist die Unterstützung,
 - die der Pflegebedürftige braucht, um seine Fähigkeiten bei den Aktivitäten (wieder) zu erlernen oder zu erhalten, 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,
 - zur Sicherung der bereits erreichten Eigenständigkeit.

Der Pflegebedürftige soll auch zur richtigen Nutzung des ihm überlassenen Pflegehilfsmittels angeleitet werden. Diese Hilfe ersetzt nicht die Unterweisung des Pflegehilfsmittellieferanten in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels.

- (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 Menschen 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

Hilfs-/Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Hilfs-/Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Hilfs-/Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte.

Die Ansprüche der Bewohner nach § 33 SGB V oder einer anderen rechtlichen Grundlage auf Versorgung mit Hilfsmitteln werden weder aufgehoben noch eingeschränkt.

Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen. Weiterhin ist zu den Leistungen nach Satz 1 der ausschließlich mit den allgemeinen Pflegeleistungen und der Unterkunft im Zusammenhang stehende gemäß § 84 Abs. 2 SGB XI kalkulierte Aufwand zu 50 % zuzurechnen, soweit er entsteht in den Bereichen:

- Verwaltung,
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energie- und Brennstoffaufwand,
- Wasserver- und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wirtschaftsbedarf

Die Aufwendungen für die soziale Betreuung und den medizinischen Bedarf sind zu 100% in den allgemeinen Pflegeleistungen zu berücksichtigen.

(2) Zum Bereich Unterkunft gehören die in § 2 genannten Leistungen. Vom Aufwand nach Abs. 1 Satz 2 sind 50 % dem Bereich Unterkunft zuzuordnen. Außerdem sind 100% der Aufwendung für Lebensmittel dem Bereich Verpflegung zu zuordnen.

(3) 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.

(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 notwendigen Leistungen der vollstationären Pflege nicht beeinträchtigen.

Abschnitt III

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und Bewilligung der Leistung

- (1) Versicherte erhalten die Leistung der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der vollstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe.
- (2) Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunftspflicht und Beratungspflichten den Versicherten auf evtl. weitergehende Leistungspflichten, u. a. des Trägers der Sozialhilfe, hin. Sofern der Versicherte zustimmt, gibt die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe unverzüglich von dem Leistungsantrag Kenntnis.
- (3) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen auf Anforderung und mit Zustimmung des Pflegebedürftigen unter Beachtung von § 18 Abs. 5 SGB XI in Verbindung mit § 276 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

§ 8

Wahl der und Einzug in die Pflegeeinrichtung

- (1) Die Pflegebedürftigen können zwischen Pflegeeinrichtungen verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.
- (2) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse über die Aufnahme und Entlassung des Pflegebedürftigen. Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich über ihre Leistungszuständigkeit.

§ 9

Verträge nach Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)

- (1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen schriftlichen Vertrag gemäß § 3 ff. WBVG. Regelungen des Vertrages, die den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (vgl. § 69 SGB XI) einschränken bzw. ihm widersprechen, sind unwirksam.
- (2) Die Pflegeeinrichtung legt den Landesverbänden der Pflegekassen die Muster ihrer Verträge nach Abs. 1 vor.

§ 10**Organisatorische Voraussetzungen**

Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- b) die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c) die ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- d) bei der betrieblichen Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR):
eine Kopie des Gesellschaftsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe der Gesellschafter, des Unternehmenszwecks, der Haftungs- und Vertretungsbefugnisse der Gesellschafter/Geschäftsführung,
- e) bei der betrieblichen Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH):
eine Kopie des notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe der Gesellschafter, des Unternehmenszwecks, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse, einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister beim zuständigen Amtsgericht. Veränderungen der Gesellschafter, Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse sind mit den entsprechend geänderten GmbH-Verträgen bzw. -Auszügen nachzuweisen.
- f) bei der betrieblichen Rechtsform eines eingetragenen Vereins (e. V.):
eine Kopie der Vereinssatzung, einen beglaubigten und aktuellen Auszug aus dem Vereinsregister. Veränderungen der Gesellschafter, Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse sind mit den entsprechend geänderten Vereinssatzungen bzw. Auszügen nachzuweisen.
- g) für die verantwortliche Pflegefachkraft:
 1. eine original beglaubigte Kopie der rechtsgültigen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin oder Altenpfleger,
 2. eine Kopie des unterschriebenen und gültigen Arbeitsvertrages, ggf. Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfanges (Arbeitszeit), Beschäftigungsart/Funktion,
 3. je eine im Original beglaubigte Kopie von geeigneten Unterlagen (Nachweise aus Vorbeschäftigungen) zum Nachweis der Erfüllung der Mindestberufserfahrung nach § 71 Abs. 3 SGB XI,
 4. einen Nachweis (im Original beglaubigte Kopie) über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme nach § 71 Abs. 3 SGB XI,
- h) für die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft die unter g) 1. und 2. genannten Unterlagen.
- i) Benennung des aktuellen Institutionskennzeichens

Über Änderungen der in Abs. a) bis i) bezeichneten nachgewiesenen Voraussetzungen sind die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich zu informieren. Nachweise sind entsprechend einzureichen.

§ 11

Qualitätsanforderungen

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege durchzuführen.

§ 12

Leistungsfähigkeit

- (1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die die Pflegeleistungen dieser Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen wollen. Pflegeeinrichtungen der vollstationären Pflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn die Leistungskapazität entsprechend dem Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung erschöpft ist oder die besondere von der Pflegeeinrichtung betreute Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht.
- (2) Änderungen des Leistungsangebotes der Pflegeeinrichtung sind den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen.
- (3) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Vertrag ab. Kooperationsvereinbarungen über Pflegeleistungen nach Abschnitt II sind mit den Landesverbänden der Pflegekassen abzustimmen. Rechte und Pflichten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen bleiben davon unberührt.

§ 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).

§ 14**Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**

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

§ 15**Dokumentation der Pflege**

- (1) Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Dokumentation dient der Sicherung der Pflege, dem Informationsfluss, dem Leistungsnachweis, der Überprüfung der Pflegequalität und als Nachweis des pflegerischen Handelns.

Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet im Wesentlichen:

- Stammdaten
- die Pflegeanamnese, Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerrelevanten Biografiedaten
- die Pflegeplanung
- den Pflegebericht
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln
- Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen (Leistungsnachweis).

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

- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat Aufzeichnungen nach Abs. 1 drei Jahre nach Beendigung des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung aufzubewahren, soweit nicht andere gesetzlich vorgeschriebene längere Aufbewahrungsfristen gelten.

§ 16**Leistungsnachweis**

- (1) Die Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Pflegeleistungen in einem aktuellen (bis zur nächsten Übergabe) Leistungsnachweis als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:
- bundeseinheitliches Institutionskennzeichen der Einrichtung
 - Versichertennummer des Pflegebedürftigen
 - Name des Pflegebedürftigen
 - die Pflegestufe des Pflegebedürftigen
 - ggf. Leistungen nach § 87b SGB XI
 - Art und Menge der Leistung
 - Tagesdatum der Leistungserbringung.
- (2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich im Leistungsnachweis zu erfassen und von der Pflegekraft zu bestätigen. Die Form des Nachweises wird der Pflegeeinrichtung überlassen.

§ 17**Abrechnungsverfahren**

- (1) Zur Abrechnung von Pflegeleistungen mit der Pflegekasse ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat.
- (2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet:
- in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Anzahl der Pflege tage, ggf. Grund und Dauer der Abwesenheit, ggf. Leistungen nach § 87b SGB XI in Verbindung mit § 45a SGB XI sowie die Vergütungssätze auszuweisen,
 - in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Institutionskennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
 - die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI und seine Pflegestufe anzugeben.
- (3) In begründeten Einzelfällen, z. B. bei deutlichen Hinweisen auf mangelnde Pflegequalität und bei nachvollziehbaren Auffälligkeiten der Abrechnungen, ist auf Verlangen der Pflegekasse mit der monatlichen Abrechnung der Leistungsnachweis nach § 16 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen.
- (4) Form und Inhalt der Abrechnung werden geregelt durch eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Verbänden der Leistungserbringer gemäß § 105 SGB XI.

- (5) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen einschließlich Kautionszahlungen dürfen durch die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.
- (6) Bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistungen die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistungen mit den Versicherten selbst ab.

§ 18

Zahlungsweise

- (1) Die Zahlungen sind der Pflegeeinrichtung bis zum 15. des laufenden Monats zu überweisen. Die Überweisung erfolgt auf das über das Institutionskennzeichen nach § 103 SGB XI benannte Konto.

Dem monatlichen Zahlbetrag liegt ein Abrechnungszeitraum von jahresdurchschnittlich 30,4 Tagen je Monat zugrunde. Ausfalltatbestände (Abwesenheitszeiten und Zu-/Abgänge im Laufe des Monats) sind den Kostenträgern bis zum 05. des Folgemonats zu melden.

- (2) Bei Ausfalltatbeständen ist eine Rechnungslegung auf der Basis der für die tatsächlichen Aufenthaltstage/Freihaltstage der zu zahlenden Tagessätze erforderlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.
- (3) Näheres über die Erforderlichkeit von Rechnungsstellungen in den Fällen nach Absatz 1 wird zwischen dem jeweiligen Kostenträger und dem Träger der stationären Pflegeeinrichtungen individuell vereinbart.
- (4) 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 Abtretung sowie der Name und das Institutionskennzeichen 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 Sorge zu tragen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abtretung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 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 Bundesdatenschutzgesetzes durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse vorzulegen.
- (6) 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.

§ 19

Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 20

Datenschutz

- (1) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden.
- (2) Die Pflegeeinrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse, dem leistungspflichtigen Sozialhilfeträger, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den von der Pflegekasse beauftragten anderen unabhängigen Gutachtern und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Der Umgang mit personenbezogenen und Leistungsdaten ist im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes sicher zu stellen.
- (4) Der § 35 SGB I sowie die §§ 67-85 SGB X bleiben unberührt.

Abschnitt IV

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

nach § 75 Abs.2 Nr.3 SGBXI

§ 21

Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

- (1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung 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 Maßstäbe und Grundsätze für Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege gewährleisten.
- (2) Als Maßstab einer sachgerechten Personalbemessung gelten in vollstationären Pflegeeinrichtungen die in der Anlage 1 (Personalbemessung im Land Brandenburg) aufgeführten Personalrichtwerte.

Für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI gelten die gesetzlichen Regelungen.

- (3) Die Bereitstellung, der Einsatz und die fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Regelungen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.

Beim Einsatz des Personals sind

- 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

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.

Die Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen ist in der Anlage 1 berücksichtigt worden. Sie ist zielgerichtet mit folgenden Schwerpunkten weiter zu entwickeln:

- im Rahmen des Pflegekonzeptes sind die inhaltlichen, personellen und räumlichen Strukturen für die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz zu formulieren,
- der Pflege- und Betreuungsprozess hat sich systematisch an der Biografie des pflegebedürftigen Menschen mit Demenz zu orientieren,
- es ist eine durchgängige biographieorientierte Struktur des Tages- und Wochenablaufes zu gewährleisten,
- Einzel- und Gemeinschaftsflächen sind so zu gestalten, dass sie Orientierung und Anregung bieten,
- für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen ihrer Aufgaben direkten Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen mit Demenz haben, finden Fort- oder Weiterbildungen im Bereich Gerontopsychiatrie statt. Die Fort- und Weiterbildungen sind im Fort- und Weiterbildungsplan der stationären Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen.

Gemäß § 84 Abs. 6 SGB XI ist der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, mit der personellen und sächlichen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen die Pflicht, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.

- (4) 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 5% nicht übersteigen.
- (5) Die Möglichkeit, nach § 85 SGB XI eine abweichende personelle Ausstattung zu vereinbaren, bleibt unberührt.
- (6) Gemäß § 84 Abs. 6 SGB XI haben die Einrichtungsträger auf Verlangen der Kostenträger die vereinbarte Personalausstattung nachzuweisen.

§ 22

Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft

Für die Freistellung der verantwortlichen Pflegefachkraft von der direkten Pflege ist die Regelung in Anlage 1 Ziffer 2 maßgeblich.

Die Leitungsfunktion der verantwortlichen Pflegefachkraft umfasst insbesondere:

- die Verantwortung für die Anwendung der Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich,
- die Umsetzung des Pflegekonzeptes,
- die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege,
- die Sicherung einer fachgerechten Führung der Pflegedokumentation,
- die am Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte und
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereiches.

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist entsprechend von Aufgaben der unmittelbaren Betreuung und Pflege freizustellen.

§ 23

Ehrenamtliche Unterstützung

- (1) Die Pflegeeinrichtungen können Möglichkeiten schaffen, dass sich ehrenamtlich Tätige an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen.

Die Vertragsparteien unterstützen die Einbindung und Beteiligung von familiären, sozialen und regionalen Netzwerken sowie nachbarschaftlichen Hilfestrukturen, ehrenamtlichen Pflegepersonen und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und Organisationen an der ergänzenden Betreuung der Pflegebedürftigen.

- (2) Die Pflegeeinrichtungen können sich gemäß § 82b SGB XI ehrenamtlicher Unterstützung bedienen. Die hierfür nicht anderweitig gedeckten Aufwendungen sind gemäß § 84 Abs. 1 SGB XI in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig.

- (3) Bei der Einbeziehung und Beteiligung der in Abs. 2 genannten Personen ist sicherzustellen, dass diese nur ergänzend zur professionellen Pflege zum Einsatz kommen und keine professionellen Pflegekräfte ersetzen.

§ 24

Arbeitshilfen

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

Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI bzw. Hilfsmittel nach § 33 SGB V sind keine Arbeitshilfen.

§ 25

Nachweis Personaleinsatz

Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Neben den Zeiten für die Versorgung der Pflegebedürftigen sind bei der Dienstplanung des Personals

- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie Ausfallzeiten, insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene im Sinne des § 8 SGB XI wachsenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen zu berücksichtigen.

Abschnitt V**Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege****nach § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI****§ 26****Prüfung durch Pflegekassen**

- (1) Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit sowie der Voraussetzungen für die Leistungen nach 45a SGB XI zur Anwendung von § 87b SGB XI.
- (2) 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 oder eines anderen unabhängigen Gutachters unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zur Frage der Pflegesituation des Pflegebedürftigen unter Einwilligung des Pflegebedürftigen bzw. seines gesetzlichen Vertreters anfordern.

§ 27**Überprüfung der Pflegebedürftigkeit**

- (1) Zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder andere von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachter berechtigt, Auskünfte und Unterlagen über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit sowie über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Versicherten einzuholen.
- (2) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachters 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 diesen erörtert werden.
- (3) Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einräumt, werden auch dem Ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung und anderen von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachtern eingeräumt.

§ 28

Information

- (1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 26 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.
- (2) Sofern sich nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Versicherten geändert hat (insbesondere hinsichtlich der Stufe der Pflegebedürftigkeit) und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen notwendig erscheint, weist sie im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen die Pflegekasse und ggf. den Sozialhilfeträger darauf hin. Die Pflegekasse leitet dann umgehend eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein.

Die Verfahrensregelung nach § 87a Abs. 2 SGB XI bleibt davon unberührt.

Abschnitt VI

Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung

nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 29

Abwesenheit des Pflegebedürftigen

Die Berechnung eines Freihaltgeldes erfolgt nach Maßgabe des Auslastungsgrades und der Belegungstage gemäß Anlage 2 (Abwesenheit des Pflegebedürftigen).

Ein darüber hinausgehendes Freihaltgeld wird nicht gewährt.

Darüber hinausgehende Aufwendungen wegen Abwesenheit darf die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen weder fordern noch annehmen.

Abschnitt VII

Zugang des Medizinischen Dienstes, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen

nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 30

Zugang

- (1) Zur Durchführung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen der Pflegeeinrichtung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen oder sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Prüfern Zugang zu gewähren.
- (2) Soweit die Räume einem Hausrecht der Bewohner unterliegen, bedarf der Zugang deren Einwilligung (vorheriger Zustimmung).
- (3) Die zur Prüfung berechtigten Personen legitimieren sich gegenüber dem Vertreter der Pflegeeinrichtung, ggf. dem Bewohner. Die Pflegeeinrichtung hat die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung zu ermöglichen.

§ 31

Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

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

Abschnitt VIII

Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten

nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 32

Voraussetzung 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 die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor der Entscheidung über die Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 33

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 Zugang des Begehrens) keine Einigung zu Stande, können die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen alleine bestellen.
- (2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfziel, der Prüfgegenstand, der Prüfzeitraum und die voraussichtlichen Kosten der Prüfung zu benennen.
- (3) Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfungsabwicklung eine sachgerechte Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. Die Erteilung von Unteraufträgen bedarf der Zustimmung der Auftragsgeber.
- (4) Bei den in den §§ 33 und 34 vereinbarten Regelungen ist der Träger der Sozialhilfe zu beteiligen, wenn er Vertragspartner der Vergütungsvereinbarungen ist. Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sind auf ihr Verlangen zu beteiligen.

§ 34**Prüfziel und Prüfgegenstand**

- (1) Prüfziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen.
- (2) Gegenstand der Prüfung sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI bestehen.
- (3) Der Prüfauftrag kann sich auf Teile eines Prüfgegenstandes, auf einen Prüfgegenstand oder auch mehrere Prüfgegenstände erstrecken: Er kann sich ferner auf Teile der Pflegeeinrichtung oder auf die Pflegeeinrichtung insgesamt beziehen.

§ 35**Abwicklung der Prüfung**

- (1) Der 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. Bei notwendiger 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, dem Sachverständigen, den Verbänden der Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe, wenn er Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung ist, statt.

§ 36**Prüfbericht**

- (1) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfbericht zu erstellen. Dieser hat zu beinhalten:
 - den Prüfauftrag,
 - die Vorgehensweise der Prüfung,
 - die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände,
 - die Gesamtbeurteilung und
 - die Empfehlungen zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

Diese Empfehlung schließt die kurz-, mittel- und langfristige Realisierung der Maßnahmen aus den Prüfergebnissen einschließlich der Auswirkungen auf den Personal- und Sachaufwand sowie auf das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung mit ein.

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

- (2) Der Prüfbericht ist innerhalb der im Prüfauftrag genannten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Sozialhilfeträger, wenn er Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung ist, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie dem Träger der Pflegeeinrichtung zuzuleiten.
- (3) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Leistungserbringer, Kostenträger und Sachverständige hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden.

§ 37

Prüfkosten

Die Prüfkosten bei Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI richten sich nach § 116 Abs. 1 SGB XI. Danach sind sie als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

§ 38

Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist, sofern nicht eine Kündigung des Versorgungsvertrages die Folge ist, bei der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.

Abschnitt IX

Inkrafttreten, Kündigung und Salvatorische Klausel

§ 40

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.02.2014 in Kraft.
- (2) Er kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum Jahresende ganz oder teilweise gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2015. Für den Fall einer Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen über die gekündigten vertraglichen Vereinbarungen einzutreten. Die gekündigten vertraglichen Vereinbarungen bleiben über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien, längstens jedoch für sechs Monate, verbindlich, soweit sie nicht durch neue vertragliche Regelungen ersetzt werden.
- (3) Wirken Rechtsänderungen auf die Inhalte dieses Rahmenvertrages ein, treten die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen, ohne das es einer Kündigung des Vertrages bedarf. Ist eine Einigung innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntmachung der Neuregelung nicht zu erreichen, kann jede Vertragspartei den Rahmenvertrag mit einer Frist von vier Wochen ganz oder teilweise kündigen.

§ 41

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden oder enthält der Vertrag eine Regelungslücke, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen soll eine Regelung treten, die dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entspricht.

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg

IKK Brandenburg und Berlin

SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

Verband der
Privaten Krankenversicherung e. V.
(als Beteiligter)

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Berlin-Brandenburg e. V.
(als Beteiligter)

Landesamt für Soziales und Versorgung

Arbeitsgemeinschaft der
kreislichen Sozialhilfeträger

Arbeitsgemeinschaft der städtischen
Träger der Sozialhilfe

Arbeiterwohlfahrt,
Landesverband Brandenburg e. V.

Caritasverband für das
Erzbistum Berlin e. V.

Caritasverband der Diözese Görlitz e. V.

Der Paritätische,
Landesverband Brandenburg e. V.

Deutsches Rotes Kreuz,
Landesverband Brandenburg e. V.

Diakonisches Werk
Berlin-Brandenburg-schlesische
Oberlausitz e. V.

Bundesverband Privater Anbieter
sozialer Dienste e. V., Landesgruppe

Arbeitsgemeinschaft privater Heime e. V.,
Regionalstelle Magdeburg

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

Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e. V., Berlin

Bundesverband Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen e. V.

B.A.H.
Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e. V.
Landesverband Brandenburg
