

**Rahmenvertrag
über die vollstationäre pflegerische Versorgung
gem. § 75 SGB XI
für die Freie und Hansestadt Hamburg
vom 17.11.2009**

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

der IKK Hamburg,

als Landesverbände der Krankenkassen
in Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen
gemäß § 52 Abs. 1 und 4 SGB XI

dem BKK-Landesverband NORD,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau,
diese zugleich handelnd für die Landwirtschaftliche
Krankenkasse,
in Wahrnehmung der Aufgaben eines
Landesverbandes der Krankenkassen gemäß § 36 KVLG 1989,

der Knappschaft,

sowie

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse,
- Techniker Krankenkasse (TK),
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse),
- KKH-Allianz (Ersatzkasse),
- Gmünder ErsatzKasse (GEK),
- HEK - Hanseatische Krankenkasse,
- Hamburg Münchener Krankenkasse,
- hkk,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek- Landesvertretung Hamburg

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009

in Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen gemäß § 52 Abs. 1 und 4 SGB XI

unter Beteiligung
des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und
des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nord

sowie

der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

und

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Hamburg e.V.,

dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.,
Landesvertretung Hamburg,

dem Caritasverband für Hamburg e.V.,

dem Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Hamburg e.V.,

dem Diakonischen Werk Hamburg, Landesverband der Inneren Mission e.V.,

dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e.V.,

Präambel

Zur Sicherstellung der vollstationären Pflege im Rahmen der sozialen
Pflegeversicherung schließen die Vertragspartner auf Landesebene diesen
Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI.

Abschnitt I

- Inhalt der allgemeinen 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 Pflegeleistungen, der sozialen Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, 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 Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gem. § 113 Abs. 1 SGB XI zu erbringen.

(3) Zu den Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

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

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden;
dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschelegenheit, das Schneiden von Fingernägeln, das Haarewaschen und -trocknen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe, sowie bei Bedarf die Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in.
Persönliche Körperpflegemittel (Seife, Duschgel, Haarwaschmittel, Rasierseife, Deo, Parfüm usw.), die ausschließlich einer Bewohnerin / einem Bewohner zur Verfügung stehen, sind von der Bewohnerin / dem Bewohner selbst zu finanzieren. Darüber hinaus werden von der Pflegeeinrichtung einrichtungsindividuelle Körperpflegemittel vorgehalten, die bei Bedarf kostenfrei genutzt werden können.
- die Zahnpflege;
diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parotitisprophylaxe,
- das Kämmen;
einschl. Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren;
einschl. der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschl. der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschl. der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung (einschl. notwendiger Diätkost) ist anzustreben. Elementare Diäten und Sondenernährung, soweit sie nach den Arzneimittelrichtlinien als Leistung nach dem SGB V übernommen werden, sind nicht über den Pflegesatz abgegolten. 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 zu Grunde liegenden Problemen erforderlich.

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009

Die Ernährung umfasst:

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

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

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

Beim Zubettgehen und Aufstehen sind Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse 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 Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontrakturen vorbeugen und die 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 Vorrichtungen 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 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 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 Alltages nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z. B. Angehörige) geschehen kann.

Zur sozialen Betreuung gehört u. a. - wenn dies im Einzelfall notwendig ist- auch die Auszahlung des Barbetrages bei Sozialhilfeempfängern, die Unterstützung bei dem Transfer kleiner Geldbeträge von Bankkonten in die Einrichtung, die Verwaltung kleiner Geldbeträge, die Hilfe bei der Beantragung von Sozialleistungen und die Mitarbeit bei der Einrichtung von Betreuungen.

Ziel ist es insbesondere, im Rahmen eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

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

(5) Behandlungspflege

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

Die Leistungen der Behandlungspflege werden, ggf. analog der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von Pflegefachkräften und Pflegekräften erbracht. Voraussetzung hierfür ist die Anordnung durch den Arzt, der sich in der Regel persönlich vom Gesundheitszustand des Bewohners überzeugt hat. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten. Für besondere Fälle (Einzelpersonen wie Verrichtungen) kann die Einrichtung die Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegeeinrichtungen sicherstellen.

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

§ 2

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 87 b SGB XI

(1) Pflegeeinrichtungen können bei Vorliegen einer entsprechenden Vergütungsregelung zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 87 b SGB XI anbieten. Die Leistung verbessert die Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf quantitativ in einem definierten Umfang über die Leistung der sozialen Betreuung nach § 1 Abs. 4 hinaus. Dazu hat der GKV-Spitzenverband Richtlinien nach § 87 b Abs. 3 SGB XI zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften erlassen.

(2) Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 87 b SGB XI ist in enger Kooperation und fachlicher Absprache mit den Pflegekräften und den Pflorgeteams der Einrichtung zu erbringen.

(3) Als Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen kommen Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die geeignet erscheinen, das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen.

(4) Die zusätzliche Betreuung und Aktivierung soll sich nach Möglichkeit den Wünschen und Fähigkeiten der Bewohner orientieren und umfasst insbesondere:

- Motivation zu, Betreuung und Begleitung bei Alltagsaktivitäten
- Gesprächsangebote
- Vermittlung von Sicherheit und Orientierung
- Vermeidung sozialer Isolation durch Gruppenaktivitäten

(5) Einzelheiten zu diesen Leistungen und deren Abrechnung ergeben sich aus § 7 Abs. 2 und § 18 Abs. 6 dieses Vertrages.

(6) Pflegerisch-therapeutische Leistungen, wie etwa Ergotherapie, können entweder als SGB V- Leistung oder als Zusatzleistung zur Pflege erbracht werden. Diese Leistungen und die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach diesem Paragraphen schließen sich gegenseitig nicht aus.

§ 3 Unterkunft und Verpflegung

(1) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den in § 1 und § 2 genannten Leistungen, 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 sowie deren Zubereitung.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

- Ver- und Entsorgung;
hierzu zählt z. B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser und Strom sowie Abfall.

- Reinigung;
dies umfasst die Reinigung des Wohnraumes und der Gemeinschaftsräume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume.

- Wartung und Unterhaltung;
dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen.

- Wäscheversorgung;
die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen und Bügeln der persönlichen Wäsche und Kleidung. Die Einrichtung stellt kostenfrei ein Verfahren zur Verfügung, das gewährleistet, dass die vom Bewohner zum maschinellen Waschen gegebene Wäsche diesem nach dem Waschen wieder zugeordnet werden kann. Neben diesem für die Einrichtung frei wählbaren Standardverfahren können von der Einrichtung weitere Leistungen zur Wäschekennzeichnung angeboten werden, die für den Bewohner kostenpflichtig sein können. Diese Verfahren werden gegenüber den Kostenträgern angezeigt.

- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken einschließlich notwendiger Diätverpflegung.

- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (siehe § 1).

§ 4 Zusatzleistungen

(1) Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 1 und 3 hinausgehenden Leistungen der Pflege, der Unterkunft und der Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind.

(2) 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 sowie die Leistungen nach § 2 dieser Vereinbarung nicht beeinträchtigen.

§ 5 Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

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

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

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

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

§ 6

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und von 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 und Verpflegung im Zusammenhang stehende Aufwand zu 50 % zuzurechnen, soweit er entsteht in den Bereichen

- Betriebsverwaltung,
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energieaufwand,
- Wasserver- und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäscheversorgung,
- Gebäudereinigung.

(2) Zur Unterkunft und zur Verpflegung gehören die in § 3 genannten Leistungen. Vom Aufwand nach Abs. 1 Satz 2 sind 50 % den Bereichen Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen.

(3) Die Entgelte für Unterkunft und für Verpflegung stehen in der Regel im Verhältnis von 53,5 zu 46,5 zueinander. Der Erstattungsbetrag bei ausschließlicher Verwendung von Sondenkost beträgt 1/3 des Verpflegungssatzes jedoch mindestens 3,50 Euro.

(4) Der den Leistungen nach §§ 1 und 3 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.

Abschnitt II

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

§ 7

Bewilligung der Leistung und Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Versicherte erhalten die Leistungen 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 Einrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

(2) Pflegeeinrichtungen erhalten nach entsprechender Vergütungsvereinbarung unter den Voraussetzungen des § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB XI Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Grundlage für die Leistung des Vergütungszuschlags zu Lasten der Pflegekasse ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse, dass der pflegebedürftige Heimbewohner die Voraussetzungen des § 45 a SGB XI erfüllt.

(3) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse, soweit erforderlich auch den zuständigen Sozialhilfeträger, über den Einzug und den Auszug des Pflegebedürftigen. Die zuständige Pflegekasse und der Sozialhilfeträger informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich über ihre Leistungszuständigkeit.

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

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

(6) Die Regelungen des Sozialhilfeträgers bleiben unberührt.

§ 8 Wohn- und Betreuungsvertrag

(1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Vertrag nach dem Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz-WBVG). Der Vertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen und Empfehlungen nach dem siebten und achten Kapitel des SGB XI zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen nach § 69 SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung legt den Landesverbänden der Pflegekassen die Muster ihrer Verträge nach Abs. 1 vor.

§ 9 Organisatorische Voraussetzungen

(1) 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) einen aktuellen Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (Führungszeugnis) für die verantwortlichen Pflegefachkräfte.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen sind berechtigt, sich nach vorheriger, begründeter Anmeldung und Abstimmung mit dem Einrichtungsträger vor Ort in der Einrichtung oder mit Hilfe schriftlicher Unterlagen, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden, davon zu überzeugen, dass die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind. Zwischen Überprüfungen der gleichen Einrichtung sind angemessene Abstände einzuhalten.

§ 10 Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gem. § 113 Abs. 1 SGB XI durchzuführen.

§ 11 Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen, die die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen. Einrichtungen der vollstationären Pflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Leistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und

Feiertagen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn entsprechend dem Versorgungsauftrag die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder die besondere - von der Einrichtung betreute - Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht.

(2) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Kooperationsverträge, die sich auf Pflegeleistungen nach Abschnitt I beziehen, sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen; Rechte und Pflichten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen bleiben davon unberührt.

(3) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern die beauftragende Pflegeeinrichtung.

§ 12 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.

(2) Die Pflegeeinrichtung teilt der zuständigen Pflegekasse mit, wenn ihrer Einschätzung nach

- der/die Pflegezustand/-situation des Pflegebedürftigen sich verändert hat (Wechsel der Pflegestufe).

§ 13 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

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

§ 14 Dokumentation der Pflege

Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage von § 113 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen, so dass aus den Unterlagen der Pflegedokumentation jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar ist.

Eine Pflegedokumentation ist aus formaler Sicht dann vollständig, wenn mindestens

- eine Pflegeanamnese/Informationssammlung,
- eine Pflegeplanung,
- ein Pflegebericht,
- Leistungsnachweise

vorliegen und Stammdaten dokumentiert sind.

§ 15

Abrechnungsverfahren und Zahlungsweise

(1) Zur Abrechnung von Leistungen nach den §§ 1 und 3 mit den Kostenträgern ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat. Bezieht die Pflegeeinrichtung Kooperationspartner in die Durchführung der Pflege ein, können deren Leistungen nur über die zugelassene Pflegeeinrichtung abgerechnet werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

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

Grundsätzlich wird die Vergütung in Form von Monatsbeträgen gezahlt.

(3) Zur Abrechnung von Leistungen nach § 2 mit den Kostenträgern ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die der Versicherte für die Durchführung der Pflege ausgewählt hat. Die Vergütung wird ausschließlich in Monatsbeträgen gezahlt. Dabei besteht für den Einzugsmonat kein und für den Auszugsmonat der volle Vergütungsanspruch.

(4) Die Kostenträger können zur stichproben- und fallweisen Überprüfung der monatlichen Abrechnungsunterlagen Einsicht in die Pflegedokumentation verlangen. Die §§ 79 und 114 SGB XI bleiben unberührt.

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

(6) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt monatlich. 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.

(7) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse und die zuständige Sozialdienststelle unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009

Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

(8) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 6 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.

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

(10) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI sind Teil dieses Vertrages (siehe Protokollnotiz 1).

§ 16 Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 17 Datenschutz

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke, sowie für Zwecke der Statistiken 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, dem Sozialhilfeträger 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 und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 18

Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen muss den gesetzlichen Regelungen genügen und 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 die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI und den wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen unter Berücksichtigung des § 84 SGB XI gewährleisten.

(2) Gemäß § 75 Abs. 3 SGB XI werden folgende Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung in Form folgender Bandbreiten vereinbart:

Ab dem 1.1.2007:

	von	bis
Pflegestufe I:	1: 4,22	1: 4,06
Pflegestufe II:	1: 2,48	1: 2,39
Pflegestufe III:	1: 1,76	1: 1,69

Die Personalschlüssel der einzelnen Einrichtung werden in der Vergütungsvereinbarung geregelt (Leistungs- und Qualitätsmerkmale als Anlage zur Vergütungsvereinbarung). Einer besonderen Begründung für einen Wert innerhalb des Korridors bedarf es dabei seitens der Einrichtung nicht (siehe Protokollnotiz 2).

(3) Für weitere Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 SGB XI, die aufgrund eines gesonderten Versorgungsauftrages betreut werden, werden in der Vergütungsvereinbarung (Leistungs- und Qualitätsmerkmale als Anlage zur Vergütungsvereinbarung) einrichtungsindividuell Personalrichtwerte vereinbart.

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009

(4) Zusätzlich zu der sich aus den Personalrichtwerten für Pflege und Betreuung gemäß Abs. 2 und 3 ergebenden personellen Ausstattung ist eine Stelle je Pflegeeinrichtung für die Pflegedienstleitung zu berücksichtigen (siehe Protokollnotiz 3).

(5) Der Mindestanteil von Fachkräften an der Personalmenge in der Pflege und Betreuung richtet sich nach den jeweils gültigen heimrechtlichen Bestimmungen. Ein höherer Fachkräfteanteil kann einrichtungsindividuell vereinbart werden.

(6) Zusätzlich hält die Einrichtung für Leistungen nach § 2 dieser Vereinbarung Personal nach einem Personalschlüssel von 1 : 25 je anspruchsberechtigten Heimbewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf vor. Dieses Personal wird bei der Berechnung des Fachkräfteanteils nach Abs. 5 nicht berücksichtigt.

(7) Die Durchführung und Organisation der Pflege von Härtefällen nach § 43 SGB XI richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI zu erbringen. Die Einrichtungen erhalten hierfür einen Zuschlag gem. § 84 Abs. 2 SGB XI.

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

(9) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Regelungen des § 84 Abs. 5 SGB XI. Die personelle Ausstattung ist dabei jeweils auf die Struktur und voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises zu beziehen. Veränderungen aufgrund einer geänderten Struktur des zu betreuenden Personenkreises sind unter Beachtung der heimrechtlichen Bestimmungen und des SGB XI möglich.

Beim Einsatz des Personals sind

- die Fähigkeiten des 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.

(10) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach. Dies gilt auch bei Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft, der den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekanntzugeben ist.

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

§ 19 Nachweis des Personaleinsatzes

(1) Auf Anforderung eines Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI weist der Träger der Pflegeeinrichtung unverzüglich die Personalausstattung und die Belegung/Belegungsstruktur stichtags- oder zeitraumbezogen nach.

(2) Die Dienstpläne sind bewohnerorientiert aufzustellen und nachvollziehbar zu dokumentieren. Bei der Dienstplanung des Personals sind

- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten, insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- die Zeiten, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen im Einzelfall einschließlich der dazu gehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen - im Rahmen der vereinbarten Personalausstattung - zu berücksichtigen.

§ 20 Arbeitshilfen

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

§ 21 Sächliche Ausstattung

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

(2) Unter Berücksichtigung von § 33 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V hält die Einrichtung die zur sach- und fachgerechten Versorgung der Bewohnerinnen/Bewohner die für den üblichen Pflegebetrieb notwendige sächliche Ausstattung vor. Ein Anspruch auf individuelle Hilfsmittel gemäß SGB V bleibt davon unberührt.

Abschnitt IV

- Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 22

Prüfung durch die Pflegekassen

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

(2) Die Überprüfung der sozialhilferechtlichen Leistungsvoraussetzungen bleibt unberührt.

§ 23

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(1) Zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt, Auskünfte und Unterlagen über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit sowie über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Versicherten einzuholen. Die Überprüfung, zumindest die Untersuchung des Pflegebedürftigen, sollte mit Einwilligung des Versicherten in Gegenwart der leitenden Pflegefachkraft stattfinden. Die Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen dafür sicher.

(2) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit und Dauer der Pflege, so sollten diese gegenüber dem Pflegebedürftigen und/oder seiner Vertrauensperson sowie der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem Träger der Pflegeeinrichtung dargelegt und mit diesen erörtert werden.

§ 24 Information

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

(2) Sofern sich nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Versicherten geändert hat (insbesondere hinsichtlich der Stufe der Pflegebedürftigkeit / Pflegeklasse) und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen notwendig erscheint, weist sie im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen die Pflegekasse darauf hin. Die Pflegekasse leitet dann umgehend eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein. § 87 a Abs. 2 und 4 bleiben unberührt.

Abschnitt V

- Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 25

Abwesenheit des Pflegebedürftigen

(1) Soweit der Pflegeplatz vorübergehend auf Grund eines Krankenhausaufenthalts des Pflegebedürftigen, eines Aufenthaltes in einer Rehabilitationseinrichtung oder wegen Urlaubs nicht in Anspruch genommen werden kann, ist der Pflegeplatz freizuhalten. Ist erkennbar, dass der Pflegebedürftige nicht mehr in die Pflegeeinrichtung zurückkehrt, wirkt die Pflegeeinrichtung auf eine unverzügliche Beendigung des Wohn- und Betreuungsvertrags hin.

(2) Die Pflegeeinrichtung informiert die Pflegekasse spätestens jeweils zum Monatsende über Dauer und Grund der vorübergehenden Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

(3) Bei einer vorübergehenden Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus Gründen nach Absatz 1, die länger als drei Tage andauert, bei Urlaub längstens für 42 Tage je Jahr, bei Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Aufenthalts, ist der Einrichtung ab dem 4. Tag jedes Abwesenheitszeitraums jeweils eine um 25% reduzierte Vergütung des mit den Kostenträgern vereinbarten Pflegesatzes für die allgemeinen Pflegeleistungen, des Entgelts für Unterkunft und der Verpflegung zu zahlen. Dabei erfolgt die Reduzierung des Entgelts für die Verpflegung für Pflegebedürftige, die über die Sonde ernährt werden ausschließlich nach § 6 Abs. 3 Satz 2 dieses Vertrages.

Weitergehende Ansprüche können seitens der Pflegeeinrichtung gegenüber den Kostenträgern und dem Pflegebedürftigen nicht geltend gemacht werden. Ansprüche nach § 82 SGB XI bleiben unberührt. Die Investitionskosten und die Leistungen nach § 87 b SGB XI werden immer in voller Höhe gezahlt.

(4) Als Abwesenheit im Sinne dieser Regelung gilt nur die ganztägige Abwesenheit.

(5) Bei Umzug des Pflegebedürftigen in eine andere Pflegeeinrichtung wird der Auszugstag nicht mitberechnet.

Abschnitt VI

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

nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 26 Zugang

Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung der Pflegeeinrichtung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Prüfer der Zugang zu der Pflegeeinrichtung zu gewähren. Soweit die Räume einem Hausrecht der Bewohner unterliegen, bedarf der Zugang ihrer vorherigen Zustimmung. Die Pflegeeinrichtung kann von den zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

§ 27 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

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

Abschnitt VII

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

nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 28

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 tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände der Pflegekassen zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung berechtigt.

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

§ 29

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 28 Abs. 2 keine Einigung 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 Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 30) und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.

(3) Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfungsabwicklung eine hinreichend gründliche Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. Die Erteilung von Unteraufträgen bedarf der Zustimmung der Auftraggeber.

(4) Ist der Sozialhilfeträger Kostenträger in der zu überprüfenden Einrichtung, wird er von den Landesverbänden der Pflegekassen über die Einleitung einer Prüfung unterrichtet.

§ 30 Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

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

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

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

§ 31 Abwicklung der Prüfung

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

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

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

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

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

§ 32 Prüfungsbericht

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

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

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

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

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

(3) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfungsbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden (siehe Protokollnotiz 4).

§ 33 Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger der Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Versicherte die Pflegeeinrichtung versorgt, jeweils zur Hälfte. Dies ist bei der nächstmöglichen Vergütungsverhandlung zu berücksichtigen. Soweit die Prüfung gem. § 28 Abs. 1 Satz 1 durchgeführt wird und die Landesverbände der Pflegekassen den Sacherständigen allein bestellen (§ 29 Abs. 1), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 34 Prüfungsergebnis

Das Prüfergebnis ist in der nächsten Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

- Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können -

§ 35 Ehrenamtliche Unterstützung

- (1) Die soziale Betreuung der Heimbewohner kann zusätzlich zum eigenen Personal des Trägers der Pflegeeinrichtung auch durch den Einsatz der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie von ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen ergänzt werden.
- (2) Berücksichtigungsfähig sind – soweit nicht durch Dritte gedeckt – angemessene Aufwendungen für
 - die vorbereitende und begleitende Schulung
 - die Planung und Organisation des Einsatzes
 - Ersatz des angemessenen Aufwandes

Abschnitt IX

Schlussvorschriften

§ 36 Experimentierklausel

Den Vertragspartnern steht es frei, über die vereinbarten Vertragsinhalte hinaus allein oder gemeinsam weiterführende Aspekte z.B. der regionalen Zusammenarbeit, Vernetzung, Qualitätssicherung etc. zu prüfen.

§ 37 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag ersetzt den Rahmenvertrag vom 10.07.1997 in der Fassung vom 06.12.2003 und tritt am 17.11.2009 in Kraft.

(2) Er kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden. Für den Fall der abschnittswisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte des Vertrages weiter.

(3) Die Vertragspartner verpflichten sich für den Fall der Kündigung oder teilweisen Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Vertrag bzw. neue einzelne Bestimmungen einzutreten.

(4) Nach Kündigung des Rahmenvertrages gelten die Bestimmungen bis zu einer Neuregelung weiter.

(5) Bei Änderungen der gemeinsamen Empfehlungen nach § 75 SGB XI, die auf die Inhalte dieses Vertrages einwirken, nehmen die Vertragspartner zeitnah Verhandlungen auf, um diesen Vertrag den Änderungen anzupassen. In diesem Fall bedarf es zu einer Änderung dieses Vertrages keiner Kündigung.

(6) Im Falle von Gesetzesänderungen, die erhebliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung und Finanzierung haben, ist der Rahmenvertrag anzupassen, sobald eine der Vertragsparteien schriftlich zu Verhandlungen auffordert. Hierzu bedarf es keiner Kündigung.

Protokollnotizen

Allgemeine Protokollnotiz des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

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

Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen einräumt, werden auch dem Ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

2. Allgemeine Protokollnotiz

Die Vertragspartner haben einvernehmlich die Absicht, die Regelungen dieses Rahmenvertrages auch auf die Heimbewohner anzuwenden, die nach den Vorschriften des SGB XI nicht als erheblich pflegebedürftig anerkannt werden.

Protokollnotiz 1

Protokollnotiz des Sozialhilfeträgers Hamburg zu § 15 Abs. 10

Durch die im Rahmenvertrag gemäß § 15 Abs. 10 zwischen den Pflegekassen und Leistungserbringern getroffenen Regelungen zum Abrechnungsverfahren und zum Datenträgeraustausch wird der Sozialhilfeträger Hamburg nicht verpflichtet, in gleicher Weise zu verfahren.

Protokollnotiz 2

zu § 18 Abs. 2 und 3

Den Personalrichtwerten für Pflege und Betreuung gemäß § 18 Abs. 2 und 3 liegt eine Netto-Jahresarbeitszeit von 1.566,42 Stunden zu Grunde
Die Anbieterverbände und der Träger der Sozialhilfe haben einvernehmlich die Absicht, die Regelungen des § 18 Abs. 2 mit folgenden Personalrichtwerten auf die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner anzuwenden, die nach den Vorschriften des SGB XI nicht als erheblich pflegebedürftig anerkannt werden (so genannte „Pflegestufe 0“):

Ab dem 1.1.2007:

	von	bis
Pflegestufe 0:	1: 12,79	1: 12,31

Protokollnotiz 3

zu § 18 Abs. 4

Gefundene Regelungen einzelner Einrichtungen zur personellen Ausstattung auf der Leitungsebene im Bereich Pflege und Betreuung bleiben davon unberührt.

Protokollnotiz 4

zu § 32 Abs. 3

Der Sozialhilfeträger ist der Auffassung, dass er in Fällen, in denen die geprüfte Pflegeeinrichtung auch Leistungen beim Sozialhilfeträger in Rechnung stellt, zum „Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen“ gehört, und somit ein berechtigtes Interesse am Erhalt des Prüfungsberichtes geltend machen kann.

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009

Hamburg, den xx.xx.2009

AOK Rheinland/Hamburg
– Die Gesundheitskasse

IKK Hamburg.

BKK-Landesverband NORD
handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau,
zugleich handelnd für die Landwirtschaftliche
Krankenkasse

Kappschaft

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
der Leiter der vdek- Landesvertretung Hamburg

Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz

Arbeiterwohlfahrt,
Landesverband Hamburg e.V.,

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.,
Landesvertretung Hamburg

Caritasverband für Hamburg e.V.

Deutsches Rotes Kreuz,
Landesverband Hamburg e.V.

Diakonisches Werk Hamburg,
Landesverband der Inneren Mission e.V.

Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V.

**Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für
die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009**