

Rahmenvertrag

gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI

zur Sicherstellung der teilstationären Pflege

(Tages- und Nachtpflege)

im Land Brandenburg

zwischen

den Landesverbänden der Pflegekassen im Land Brandenburg, vertreten durch

- AOK - Die Gesundheitskasse für das Land Brandenburg,
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK),
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,
Landesvertretung Brandenburg,
- BKK-Landesverband Ost - Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg,
- IKK Brandenburg und Berlin,
- Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung,
- Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Cottbus

unter

Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

und

dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Köln

sowie

dem überörtlichen Sozialhilfeträger, vertreten durch

Landesamt für Soziales und Versorgung

und

der Arbeitsgemeinschaft der kreislichen Sozialhilfeträger

und

dem Städte- und Gemeindebund

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 e. V.,
- Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.
V.,
Regionalstelle Berlin-Brandenburg,
- Arbeitsgemeinschaft privater Heime e. V.,
Regionalstelle Magdeburg

Präambel

Ziel dieses Rahmenvertrages ist die Sicherstellung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege), die dem Pflegebedürftigen hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen.

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.

Dieses Angebot kann der Pflegebedürftige entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen und seinem individuellen Unterstützungsbedarf in Anspruch nehmen. Das Leistungsangebot soll ihn unterstützen, so lange wie möglich in seiner häuslichen Umgebung bleiben zu können.

Für Einrichtungen der Behindertenhilfe findet dieser Rahmenvertrag keine Anwendung.

Abschnitt I

- Versorgungsauftrag -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Die teilstationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI; nachfolgend Pflegeeinrichtungen) übernehmen nach Maßgabe dieses Vertrages die Versorgung der Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen mit teilstationärer Pflege gemäß § 41 SGB XI.

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

§ 2

Inhalt der allgemeinen Leistungen

(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 sowie die individuelle, persönliche Zuwendung gegenüber dem Pflegebedürftigen.

Beaufsichtigung und Anleitung richten sich auch darauf, die körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten, Eigen- und Fremdgefährdung zu vermeiden und Ängste, Reizbarkeit und Aggressionen abzubauen. 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 Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI zu erbringen.

(3) Zu den allgemeinen 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".

Die Körperpflege umfasst:

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

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

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

Die Ernährung umfaßt:

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

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziele der Mobilität sind 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 angemessen zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu reduzieren oder zu beseitigen.

Die Mobilität umfaßt:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;

das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfaßt alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen, wie Kontraktur, vorbeugen und Selbständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.

- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich zu bewegen, z. B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände,
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung;
dabei sind solche Verrichtungen außerhalb der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern (z. B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches),
- das An- und Auskleiden;
dies umfaßt auch 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 Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z. B. Angehöriger) 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 der 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.

(5) Medizinische Behandlungspflege

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die Pflegeeinrichtungen in der Zeit vom 01.07.1996 bis zum 31.12.1999 die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege weiter, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 41 Abs. 2 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.

(6) Der pflegebedingte Mehraufwand in der Hauswirtschaft ist in der Aufteilung in § 7 Abs. 1 Satz 2 berücksichtigt.

(7) Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt wird.

§ 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 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 pflegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfaßt insbesondere:

- Ver- und Entsorgung;
hierzu zählt z. B. die Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser, Energie und Brennstoffen sowie Abfall,
- Reinigung;
dies umfaßt die Reinigung 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,
- Speise- und Getränkeversorgung;
dies umfaßt die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und ständige Vorhaltung von Getränken,
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
dies umfaßt den Sachaufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (s. allgemeine Pflegeleistungen).

§ 4

Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

(1) Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind die über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 2 bis 3 hinausgehenden Leistungen der Pflege, Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm gemäß § 88 Abs. 2 Ziff. 2 SGB XI schriftlich zu vereinbaren sind. Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, daß die Zusatzleistungen die notwendigen Leistungen der teilstationären Pflege nicht beeinträchtigen. Das Entgelt für die Zusatzleistungen darf nicht in einem Mißverhältnis zu den Leistungen stehen.

(2) Bei den im Tagesablauf anfallenden gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen kommen Zusatzleistungen nur selten in Betracht, da die durch den Pflegesatz abgedeckten allgemeinen Pflegeleistungen alle pflegerischen Maßnahmen umfassen, die unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Eine individuell auf den Pflegebedürftigen bezogene, sein Wohlbefinden fördernde geistige und kulturelle Betreuung gehört zum Maß der notwendigen pflegerischen Betreuung, die mit dem Pflegesatz abgegolten ist und daher nicht gesondert berechnet werden darf.

Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, die üblicherweise allen Pflegebedürftigen gewährt oder angeboten werden, sind keine Zusatzleistungen (z. B. Radio, Fernsehen).

(3) Folgende Leistungen stehen beispielhaft für Zusatzleistungen:

- Bereitstellung eines Fahrzeuges, eines Fahrers für persönliche Fahrten
- Bereitstellung einer Begleitperson außerhalb der Einrichtungen, z. B. bei Einkäufen oder Arztbesuchen

- Begleitung des Pflegebedürftigen aus privaten Anlässen
- Versorgung von Haustieren
- Eintrittsgelder (z. B. bei Theaterbesuch)
- Angebot eines Gourmetessens

(4) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sowie deren Änderungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem überörtlichen Trägern der Sozialhilfe vorab mitzuteilen.

(5) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sind Gegenstand des Pflegevertrages (§ 10). Die Pflegeeinrichtung informiert den Pflegebedürftigen darüber, daß Zusatzleistungen nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden.

§ 5

Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

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

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

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

(4) Die Formen der Hilfe orientieren sich an dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen. Dabei sind unter Einbeziehung der Angehörigen die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege sinnvoll aufeinander abzustimmen. Angemessene Wünsche sind zu berücksichtigen.

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

§ 6

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

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

§ 7

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen *)

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 2 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, Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Wartung von technischen Anlagen,
- Energie- und Brennstoffaufwand,
- Wasserver- und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäschepflege,
- Gebäudereinigung.

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

(3) Der den Leistungen nach §§ 2 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 vereinbarten notwendigen Leistungen für Unterkunft und Verpflegung hinausgehen. Sie sind zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung schriftlich zu vereinbaren.

*) Diese Regelung ist nach Erlass einer Abgrenzungsverordnung gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 SGB XI entsprechend zu modifizieren.

Abschnitt II

- **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

§ 8

Bewilligung der Leistung

(1) Versicherte erhalten die Leistung der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in einer teilstationären Einrichtung sowie über die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

(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.

§ 9

Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Der Pflegebedürftige kann zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Seinen Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.

(2) Zur Ermittlung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen ist gemäß der Vereinbarung nach § 80 SGB XI zu verfahren. Dabei sind im Rahmen der teilstationären Pflege die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Probleme zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß herauszuarbeiten. Unter Einbeziehung der Angehörigen sind die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege sinnvoll aufeinander abzustimmen. Angemessene Wünsche sind zu berücksichtigen.

§ 10

Pflegevertrag

(1) Zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen ist ein schriftlicher Pflegevertrag abzuschließen. Darin sind Einzelheiten der Leistungserbringung aufzunehmen. Die Vorschriften des SGB XI und der hierzu abgeschlossenen Vereinbarungen sowie die Entscheidung der Pflegekasse sind dem Vertrag zugrunde zu legen. Im Pflegevertrag ist den besonderen Schutzbedürfnissen des Pflegebedürftigen Rechnung zu tragen. Der Pflegevertrag gewährleistet, daß die in den Verträgen 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 das Muster ihres Pflegevertrages nach Abs. 1 vor.

§ 11

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.

§ 12

Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege zu erbringen.

§ 13

Leistungsfähigkeit

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die Pflegeleistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder - sofern im Versorgungsvertrag festgelegt - die besondere, von der Einrichtung betreute Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht. Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung an mindestens 5 Tagen in der Woche jeweils mindestens 6 Stunden in der Tagespflege und jeweils mindestens 12 Stunden in der Nachtpflege täglich zu gewährleisten. Dies kann in Kooperation mit anderen Einrichtungen geschehen.

(2) Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung in die Einrichtung der Tages-/Nachtpflege und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt wird.

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

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

§ 14

Mitteilungen

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

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der/die Pflegezustand/-situation des Pflegebedürftigen sich verändert

(Wechsel der Pflegestufe/Pflegeklasse).

§ 15

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, kann der Pflegebedürftige nicht beanspruchen und die Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der Sozialleistungsträger bewirken. Zusatzleistungen (vgl. § 4) bleiben unberührt.

§ 16

Dokumentation der Pflege

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

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

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

(2) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat Aufzeichnungen nach Abs. 1 fünf Jahre nach Beendigung des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung aufzubewahren.

§ 17

Leistungsnachweis

(1) Die Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:

- bundeseinheitliches Institutionskennzeichen der Einrichtung,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeklasse/Pflegestufe des Pflegebedürftigen,

- Art der Leistung (Tages- oder Nachtpflege),
- Tagesdatum der Leistungserbringung,
- Anzahl der Tage der Inanspruchnahme,
- Unterschrift des Pflegebedürftigen oder des/der Bevollmächtigten.

(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 Einrichtung überlassen.

§ 18

Abrechnungsverfahren

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

(2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

- a) in den Abrechnungsunterlagen die Tage der Leistungserbringung, die Pflegestufe/-klasse und den Pflegesatz aufzuzeichnen,
- b) in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Institutionskennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen und
- c) die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI anzugeben.

(3) Mit der monatlichen Abrechnung ist der Pflegekasse der Leistungsnachweis nach § 17 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen.

(4) Form und Inhalt der Abrechnung werden geregelt durch eine Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden 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.

§ 19

Zahlungsweise

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 18 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder der von der Pflegekasse benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.

(2) Näheres zu Abrechnungen und Zahlungsweise (z.B. Zeitpunkt der Rechnungsstellung, Abweichungen bei Schlußrechnungen) vereinbaren die einzelnen Kostenträger und die Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen individuell.

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

(4) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 3 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse vorzulegen.

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

§ 19 a

Verfahren bei privat pflegeversicherten Personen

Bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Abs. 1 S. 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.

§ 20

Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 21

Datenschutz

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Die Pflegeeinrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse und dem Medizinischen

Dienst der Krankenversicherung sowie dem leistungspflichtigen Träger der Sozialhilfe, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Die Pflegeeinrichtung hat ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 - 85 SGB X bleiben unberührt.

Abschnitt III

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

nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 22

Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung muß unbeschadet gesetzlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten.

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

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

- die 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.

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

(5) Änderungen des Hilfeangebotes der Pflegeeinrichtung sind den Pflegekassen mitzuteilen.

§ 23

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. § 33 SGB V sind keine Arbeitshilfen.

§ 24

Nachweis des Personaleinsatzes

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 wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

angemessen zu berücksichtigen.

Abschnitt IV

- Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 25

Prüfung durch die Pflegekassen

Der Pflegekasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit. Besteht aus Sicht der Pflegekasse in Einzelfällen Anlaß, die Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen, so kann die Pflegekasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (vgl. § 26) unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zur Frage der Pflegesituation des Pflegebedürftigen mit dessen Einwilligung bzw. der seines gesetzlichen Vertreters anfordern.

§ 26

Überprüfung der Pflegebedürftigkeit

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

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

(3) Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einräumt, werden auch dem Ärztlichen Dienst der privaten Pflegeversicherung eingeräumt.

§ 27

Information

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung 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 und ggf. den Sozialhilfeträger darauf hin. Die Pflegekasse leitet dann umgehend eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein.

Abschnitt V

- Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 28

Abwesenheit des Pflegebedürftigen

(1) Wird der Pflegeplatz aufgrund vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Maßnahmen der stationären Rehabilitation, Urlaub) nicht in Anspruch genommen, kann dieser für die Dauer der Abwesenheit anderweitig belegt werden.

(2) Bei der Vereinbarung der Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung wird als Basis eine Belegung von 94% und eine Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen Erkrankung oder aufgrund von Krankenhausaufenthalt oder Maßnahmen der stationären Rehabilitation von 10 Tagen je Pflegebedürftigen und Jahr zugrunde gelegt.

(3) Ausfallzeiten im Sinne Absatz 2 sind nicht gesondert abrechenbar.

Abschnitt VI

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

nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 29

Zugang

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

§ 30

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. Die von den Pflegekassen beauftragten Prüfer sind berechtigt, Pflegebedürftige und Beschäftigte der Pflegeeinrichtung im Rahmen ihres Prüfauftrages zu befragen.

Abschnitt VII

- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten -

nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 31

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

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

§ 32

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 § 31 Abs. 2 keine Einigung zustande, 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. § 33) 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.

§ 33

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

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

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

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

§ 34

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.

§ 35

Prüfungsbericht

- (1) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser hat zu beinhalten
 - den Prüfungsauftrag,
 - die Vorgehensweise bei der Prüfung,
 - die Einzelergebnisse der Prüfung bezogen auf die Prüfungsgegenstände,
 - die Gesamtbeurteilung,
 - die Empfehlungen zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

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

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

- (2) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der im Prüfungsauftrag vereinbarten Frist nach Abschluß der Prüfung zu erstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Trägern 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.

§ 36

Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung tragen der Träger der Pflegeeinrichtungen und die Landesverbände der Pflegekassen, deren Versicherte die Pflegeeinrichtung versorgt, jeweils zur Hälfte. Dies ist bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen.

Bestellen die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein (§ 32 Abs. 1 Satz 2), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 37

Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII

Schlußvorschriften

§ 38

Inkrafttreten, Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.05.1999 in Kraft.

(2) Er kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten jeweils zum Jahresende ganz oder teilweise gekündigt werden. Für den Fall einer Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über die gekündigten vertraglichen Vereinbarungen einzutreten. Die gekündigten vertraglichen Vereinbarungen bleiben für die Vertragsparteien über den Kündigungstermin hinaus, 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.

(4) Absatz 3 gilt entsprechend, wenn die Beteiligten auf Bundesebene gemeinsam Änderungen zu den "Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur teilstationären Pflege in der Fassung vom 25.11.1996" vorgenommen haben.

Teltow, 22.04.1999

AOK - Die Gesundheitskasse
für das Land Brandenburg

VdAK/AEV - Landesvertretung Brandenburg

BKK-Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg

IKK Brandenburg und Berlin

Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Cottbus

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesamt für Soziales und Versorgung

Arbeitsgemeinschaft der kreislichen Sozialhilfeträger

Städte- und Gemeindebund

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 e. V.

Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime
und ambulanter Dienste e. V.,
Regionalgruppe Berlin/Brandenburg/
Sachsen-Anhalt

Arbeitsgemeinschaft privater Heime e. V.,
Regionalstelle Magdeburg
