

**Rahmenvertrag**  
**gemäß § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI**  
**zur vollstationären Dauerpflege**

zwischen

der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover,

dem BKK Landesverband Niedersachsen, Hannover,

dem IKK-Landesverband Niedersachsen, Hannover,

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
- Landesvertretung Niedersachsen - , Hannover,

dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.  
- Landesvertretung Niedersachsen - , Hannover,

der Hannoverschen landwirtschaftlichen Krankenkasse  
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes  
nach § 36 KVLG 1989, Hannover,

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,

und

dem Land Niedersachsen als überörtlichem Sozialhilfeträger, vertreten durch das  
Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover,

und

den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger, Hannover,  
vertreten durch den Niedersächsischen Landkreistag, Hannover, und den Nieder-  
sächsischen Städtetag, Hannover,

und

den Vereinigungen der Träger der stationären kommunalen Pflegeeinrichtungen,  
Hannover, vertreten durch den Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund,  
Hannover, den Niedersächsischen Städtetag, Hannover, und den Niedersächsi-  
schen Landkreistag, Hannover,

und

den in der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vertretenen Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege

- der Arbeiterwohlfahrt Niedersachsen - Landesarbeitsgemeinschaft -, Hannover
- der Caritasverbände, vertreten durch den Landesverband für Oldenburg e. V., Vechta
- dem Paritätischen Niedersachsen e. V. -, Hannover
- dem Deutschen Roten Kreuz - vertreten durch den Landesverband Niedersachsen e. V. - Hannover
- den Diakonischen Werken in Niedersachsen, vertreten durch das Diakonische Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannovers e.V., Hannover
- dem Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Niedersachsen „Jüdische Wohlfahrt“, Hannover

und

den in der Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen zusammengeschlossenen Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen

- dem Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e. V. - Landesgruppe Niedersachsen -, Walsrode
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe - Landesgruppe Niedersachsen - e.V., Bad Pyrmont
- der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. Landesgeschäftsstelle Niedersachsen, Hannover

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover

und

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

## **Präambel**

**Die Partner dieser Vereinbarung setzen sich für eine Vertragsgestaltung ein, die ein wirksames und wirtschaftliches vollstationäres pflegerisches Leistungsangebot sicherstellt, das dem Pflegebedürftigen hilft, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen.**

**Der Rahmenvertrag gilt für die vollstationären Pflegeeinrichtungen der Dauerpflege, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben bzw. für die ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt (§ 73 Abs. 3, 4 SGB XI). Für die Leistungen der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI gilt dieser Vertrag nicht, unabhängig davon, ob diese in Solitäreinrichtungen oder im Rahmen der so genannten eingestreuten Kurzzeitpflege erbracht werden.**

**Für den Bereich der Behindertenhilfe findet dieser Vertrag keine Anwendung.**

## Abschnitt I

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

gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

#### §1

### Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. 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 Wascheinlegenheit, das einfache Schneiden von Fuß- und 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;  
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. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbstständigen 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.

Die Ernährung umfasst:

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

## **Hilfen bei der Mobilität**

### Ziele der Mobilität

Ziel der 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 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 Selbstständigkeit 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 selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige) geschehen kann.

Ziel ist es insbesondere, 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 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) Behandlungspflege

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

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

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

## **§ 2 Unterkunft und Verpflegung**

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

(2) Unterkunft und Verpflegung umfassen 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, soweit diese nicht unter § 82 Abs. 2 Ziff. 1 SGB XI fallen.
- Wäscheversorgung;  
die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen und maschinelle Bügeln der persönlichen Wäsche und Kleidung im üblichen Umfang und ohne chemische Reinigung.
- Speise- und Getränkeversorgung;  
dies umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken. Regel: 3 Haupt-, 2 Zwischenmahlzeiten sowie nichtalkoholische Getränke nach Bedarf (auch außerhalb der Mahlzeiten) und Diätkost. Darüber hinaus Sonderleistungen zu jahreszeitlichen Festen.

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

### **§3**

#### **Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI**

(1) Zusatzleistungen sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerische/betreuende Leistungen, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind. Zusatzleistungen sind von daher nur solche Leistungen, für die weder bei den allgemeinen Pflegeleistungen noch bei Unterkunft und Verpflegung bereits eine Vergütung enthalten ist. Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die nach dem Versorgungsvertrag zu erbringenden Leistungen in der vollstationären Pflege nicht beeinträchtigen. Gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 oder 4 SGB XI i. V. m. § 19 NPflegeG sind keine Zusatzleistungen.

(2) In der Anlage 1 werden Abgrenzungsbeispiele für die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI dargestellt. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Das Bewohnen von Einzelzimmern stellt grundsätzlich keine Komfortleistung im Sinne von § 88 SGB XI dar, da die dafür tatsächlich entstehenden Kosten bereits in dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung enthalten bzw. den gesondert berechenbaren Kosten nach § 82 Abs. 3 oder 4 SGB XI zuzuordnen sind, für die eigene landesrechtliche Regelungen gelten.

(3) Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Zusatzleistung und die Leistungsbedingungen (u. a. Höhe der gesondert ausgewiesenen Zuschläge) sind den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Niedersächsischen Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe vorab mitzuteilen.

### **§ 4**

#### **Formen der Hilfe**

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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



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

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

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

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

## **§5**

### **Pflegehilfsmittel und technische Hilfen**

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbstständigen 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.

## **§6**

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

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

- Betriebsverwaltung,
- Steuern, Abgaben, Versicherung,
- Energieaufwand,
- Wasserver- und -entsorgung,
- Abfallentsorgung,
- Wäschereinigung,
- Gebäudereinigung,
- Wirtschaftsbedarf, allgemeiner Materialaufwand.

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

(3) Der den Leistungen nach §§ 1 und 2 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil für Zusatzleistungen (§ 3) enthalten.

## **Abschnitt II**

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

**gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI**

### **§ 7 Bewilligung der Leistung**

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Als Antragstellung gilt auch die Übersendung des vereinfachten Antrages laut Anlage 2 an die 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) 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.

### **§ 8 Wahl der Pflegeeinrichtung**

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

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

### **§ 9 Heimvertrag**

Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Heimvertrag gem. §§ 4 ff. Heimgesetz. Der Heimvertrag 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.

## **§ 10**

### **Organisatorische Voraussetzungen**

Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- b) die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- c) die ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- d) die Sicherstellung der Eignung der verantwortlichen Pflegefachkraft nach den Bestimmungen des Heimgesetzes i. V. m. der Heim-Personal-Verordnung.

## **§11**

### **Qualitätsmaßstäbe**

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

## **§12**

### **Leistungsfähigkeit**

(1) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem Versorgungsauftrag zu versorgen, die die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen. 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 Pflegekassen die beauftragende Pflegeeinrichtung.

### **§13 Mitteilungen**

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

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

(2) Die Pflegekasse teilt im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen der leistenden Pflegeeinrichtung mit, wenn eine Änderung der Leistungsbewilligung eingetreten ist.

### **§14 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**

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

### **§15 Dokumentation der Pflege**

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

- 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.

## **§16 Leistungsnachweis**

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

- bundeseinheitliches Kennzeichen der Einrichtung,
- Versichertennummer des Pflegebedürftigen,
- Name des Pflegebedürftigen,
- die Pflegeklasse/Pflegestufe des Pflegebedürftigen,
- Art und Menge der Leistung,
- Tagesdatum der Leistungserbringung.

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind täglich im Leistungsnachweis zu erfassen und von der Pflegekraft zu bestätigen.

## **§17 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. Die monatliche Abrechnung erfolgt mit dem Faktor 30,42 der Tagesbeträge.

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 Pflegestufe anzugeben.

(3) Mit der monatlichen Abrechnung ist auf Verlangen der Pflegekasse der Leistungsnachweis nach § 16 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen.

(4) 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 der Rahmenverträge auf Landesebene gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI.

(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.

## **§18 Zahlungsweise**

(1) Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt monatlich. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.

(2) Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung werden für den Tag der Aufnahme des Heimbewohners in die Pflegeeinrichtung sowie für jeden weiteren Tag des Aufenthaltes in der Einrichtung berechnet. Die Zahlungspflicht der Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus der Pflegeeinrichtung entlassen wird oder verstirbt. Bei Umzug des Heimbewohners in eine andere Pflegeeinrichtung darf für den Umzugstag nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung mit dem Heimbewohner oder seinem Kostenträger abrechnen.

Für Vereinbarungen zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Heimbewohner gilt das Heimgesetz in der jeweiligen Fassung.

(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 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.

(4) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 2 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 oder abweichend von dem Bewilligungsbescheid der Pflegekasse erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, ist der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

## **§ 19 Beanstandungen**

Rechnungsbeanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

## **§ 20 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, 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**

#### **§21**

#### **Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals**

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen muss unbeschadet aufsichtsrechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten. Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.

(2) 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 selbstständigen 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.

(3) Qualifizierte Pflege erfordert die tatsächliche Anwesenheit von Pflegefachkräften.

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) Bei einrichtungsindividuellen Vereinbarungen über die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen soll die dazu gegebene Empfehlung der Pflegesatzkommission als Orientierung dienen.

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

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

## **§ 22 Arbeitshilfen**

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

## **§ 23 Nachweis des Personaleinsatzes**

(1) Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

(2) 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,
- 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**

#### **§ 24**

#### **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 (Anlage 3) anfordern.

(2) Die Pflegeeinrichtung übersendet diese Stellungnahme unverzüglich mit Einwilligung des Pflegebedürftigen an die zuständige Pflegekasse. Die Einholung der Einwilligung obliegt der Pflegeeinrichtung. Verweigert der Pflegebedürftige diese Einwilligung, so informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich die zuständige Pflegekasse.

#### **§ 25**

#### **Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**

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

2) 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.

#### **§ 26**

#### **Information**

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 24 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.

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

## Abschnitt V

### § 27

#### **Pflegevergütung und Entgelt für Unterkunft und Verpflegung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI**

(1) Während einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Maßnahme einer medizinischen Rehabilitation, einer stationären Vorsorgekur oder einer Beurlaubung des/der Pflegebedürftigen werden Pflegevergütung und Entgelt für Unterkunft und Verpflegung für bis zu 4 Wochen weitergezahlt, soweit der Pflegeplatz tatsächlich freigehalten wird. Eine darüber hinaus gehende Zahlungspflicht besteht nicht.

(2) Die 4-Wochen-Frist beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem der/die Heimbewohner/in die Einrichtung vorübergehend verlässt. Die erneute Zahlungspflicht der Kostenträger beginnt mit dem Tag der Wiederaufnahme des/der Heimbewohners/in in die Pflegeeinrichtung, soweit der/die Heimbewohner/in länger als vier Wochen vorübergehend abwesend war.

(3) Ein Krankenhausaufenthalt und die damit im Zusammenhang stehende Anschlussheilbehandlung bzw. eine kurzfristige Unterbrechung eines Krankenhausaufenthaltes (bis zu fünf Tage) gelten als zusammenhängende vorübergehende Abwesenheit bei der befristeten Weiterzahlung der Pflegevergütung und des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung.

(4) Für Zeiten der Abwesenheit wegen vollstationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Maßnahmen einer medizinischen Rehabilitation oder einer stationären Vorsorgekur stellt die Einrichtung den Betrag entsprechend der Regelung nach § 39 Abs. 4 SGB V dem/der Pflegebedürftigen zur Verfügung. Dies gilt sowohl für die Höhe des Betrages als auch für den Zeitraum.

Auf Anforderung eines Kostenträgers weist das Pflegeheim die Zahlung des Betrages nach Satz 1 nach.

(5) Die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 SGB XI können in der jeweiligen Vereinbarung der Pflegevergütung bzw. der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung abweichende Regelungen treffen, wenn die Einrichtung überwiegend Pflegebedürftige wegen psychiatrischer Erkrankungen oder Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte betreut.

**Abschnitt VI****- Zugang des Medizinischen Dienstes  
und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer  
zu den Pflegeeinrichtungen -****nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI****§ 28  
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 nach vorheriger Terminvereinbarung 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.

**§ 29  
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**

### **§ 30**

#### **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.

### **§ 31**

#### **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 § 30 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. § 32) 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.

## **§ 32**

### **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.

## **§ 33**

### **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.

### **§ 34 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.

### **§ 35 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 den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Soweit die Prüfung gem. § 30 Abs. 1 Satz 1 durchgeführt wird und die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen allein bestellen (§ 31 Abs. 1), tragen sie die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

### **§ 36 Prüfungsergebnis**

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.



## **Abschnitt VIII**

### **§ 37 Inkrafttreten und Anpassung**

- (1) Der Vertrag tritt am 01.01.2001 in Kraft.
- (2) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen des Rahmenvertrages und seiner Anlagen treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung des Rahmenvertrages bedarf.
- (3) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlage 1

zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

## Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

### I.

#### Anzeige von Zusatzleistungen sowie Verfahren

Bei der Anzeige von Zusatzleistungen ist § 3 Abs. 3 des Rahmenvertrages zu beachten.

Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass bei Pflegesatzverhandlungen vor Ort die Frage der Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen angesprochen und auf die gesetzliche bzw. vertragliche Anzeigepflicht aufmerksam gemacht werden soll.

### II.

#### Welche Leistungen einer Pflegeeinrichtung können Zusatzleistungen sein?

##### 1. Allgemeiner Teil

Zusatzleistungen sind preislich bezifferte, regelhafte Leistungsangebote der Pflegeeinrichtung, die über den Heimvertrag wählbar bzw. jederzeit abwählbar sind, die besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen darstellen.

**Da mit den allgemeinen Pflegeleistungen eine umfassende, hochwertige und sachgerechte Pflege von der Pflegeeinrichtung sichergestellt werden muss und kann, darf diese in der Qualität und Quantität nicht durch Zusatzleistungskataloge beeinträchtigt werden.** Alle im Einzelfall notwendigen pflegerisch-betreuenden Leistungen sind deshalb als Regelleistung von der Einrichtung zu erbringen. Die Dauer, Intensität und Häufigkeit der zu erbringenden Pflegeleistungen haben die subjektiven Bedürfnisse der Heimbewohner zu berücksichtigen, sofern deren Wunsch nicht außerhalb jeglicher lebenspraktischer Erkenntnis liegt. Die Unterschiedlichkeit der subjektiven Empfindungen und der daraus resultierenden Betreuung hat bei der Gesamtbetrachtung der Pflegeleistungen für die Pflegeeinrichtung im Rahmen der Refinanzierung über die Pflegesätze insgesamt eine ausgleichende Wirkung. Gleichwohl gibt es pflegerisch-betreuende Leistungen, die zwar nicht notwendig, aber nützlich sind und dem allgemeinen Wohlbefinden der Pflegebedürftigen dienen.

## **Das vorher Gesagte gilt entsprechend für die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung.**

Im Rahmen der Sozialhilfe können Zusatzleistungen nicht übernommen werden, sieht man von Leistungen ab, die im Rahmen des Barbetrages vom Hilfeempfänger eigenverantwortlich abgedeckt werden können. Werden Zusatzleistungen gewählt, bevor der Sozialhilfebedarf eintrat, müssen diese Zusatzleistungen abgewählt werden können, ohne dass die allgemeine Pflege beeinflusst wird. Das Risiko, erbrachte Zusatzleistungen nicht vergütet zu bekommen, trägt der Einrichtungsträger.

Darüber hinaus wird wegen der nach wie vor schwierigen Abgrenzungsfragen auf folgenden Bereich hingewiesen, der außerhalb des SGB XI zu regeln ist:

Neben Zusatzleistungen können grundsätzlich sonstige Leistungen vom Heim angeboten werden, die schon deshalb keine Zusatzleistungen sein können, da sie weder besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung darstellen noch es sich um zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen handelt. Dabei kann es sich bei den „sonstigen Leistungen“ sowohl um Dienstleistungen, investive Aufwendungen oder ein Gemisch aus beiden handeln, welche aber ein direktes Nutzungs-Äquivalent für die Heimbewohnerin/den Heimbewohner haben müssen.

Soweit eine sonstige Leistung nicht als Dauerleistung angeboten wird, entscheidet die Heimbewohnerin/der Heimbewohner über die Inanspruchnahme im Einzelfall und trifft darüber keine Festlegung im Heimvertrag (z. B. Friseurbesuch, Teilnahme an einer Urlaubsreise). Handelt es sich dagegen um Dauerleistungen, ist eine Regelung über das dafür zu leistende Entgelt im Heimvertrag aufzunehmen (z. B. Bewohnen eines Appartements anstatt eines normalen Zimmers).

## **2. Abgrenzungsbeispiele**

(Es erfolgt keine abschließende Aufzählung, vielmehr soll beispielhaft der Charakter von Zusatzleistungen verdeutlicht werden.)

### **A. Zusatzleistungen über die notwendige pflegerisch-betreuende Leistung hinaus**

#### Zusatzleistungen können sein:

- zeitintensive Schönheitspflege, die über eine notwendige Nagelpflege hinaus geht (z. B. Maniküre oder Pediküre),
- über das übliche Maß hinaus gehende „schöngestige Betreuung“ (z. B. individueller Vorleseservice, individuelle Auswahl von Musikprogrammen),
- Hilfe bei der Erledigung privater Korrespondenz, soweit diese selbst erledigt werden könnte,
- persönliche Begleitung zu Arztbesuchen, soweit eine Begleitung nicht notwendig, aber von der Heimbewohnerin/dem Heimbewohner gewünscht wird.

#### Keine Zusatzleistungen sind z. B.:

- häufigeres Duschen bzw. Baden, weil eine besondere Reinlichkeitsnotwendigkeit gegeben ist oder ein besonderes Reinlichkeitsbedürfnis besteht,
- Betreuung und Beaufsichtigung von Personen mit geronto-psychiatrischer Erkrankung,
- Sitzwachen,

- Sterbebegleitung,
- Pflege besonderer Gruppen (z. B. Wachkoma-Patienten),
- tägliches Bettenmachen,
- Hilfe bei der Erledigung privater Korrespondenz, soweit diese nicht selbst erledigt werden kann,
- Gruppenausflüge allgemein,
- aktivierende Gruppenarbeit,
- Organisation von Arztbesuchen.

Diese Leistungen sind bereits durch den Pflegesatz abgegolten.

## B. Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung

Zusatzleistungen können sein:

- Änderung von Kleidungsstücken,
- Reparatur von persönlichen Gegenständen, die nicht zur jeweiligen Grundausstattung des Zimmers gehören,
- chemische Reinigung von Wäsche usw.,
- Mahlzeiten auf dem Zimmer, obwohl an der Gemeinschaftsverpflegung teilgenommen werden kann,
- private Nutzung von Gemeinschaftsräumen u. Ä.,
- Einlagerung privater Gegenstände,
- Sonderkost/Verpflegung nach individuellen Wünschen,
- Fahr- und Begleitdienste im Zusammenhang mit Zusatzleistungen,
- individuelle Nutzung von Telefon und Fernsehen.

Keine Zusatzleistungen sind z. B.:

- Wäschekennzeichnung, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist,
- Wäsche instand halten (z. B. Knöpfe annähen),
- Zwischenmahlzeiten, Wahlmenü, Nachmittagskaffee,
- notwendige Getränke (insbesondere Mineralwasser, Tee, Kaffee, Saft, mindestens 2 Liter Flüssigkeit)
- Diätkost,
- Essensversorgung am Bett, soweit erforderlich,
- Entsorgung von privatem Müll,
- Sonderreinigung nach Auszug,
- Pflanzenversorgung (im geringen Umfang),
- private Geldverwaltung (im Sinne von Taschengeldverwaltung), soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

Diese Leistungen sind durch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung abgegolten.

### III.

#### **Sonstige Leistungen**

Neben Zusatzleistungen können grundsätzlich sonstige Leistungen vom Heim angeboten werden, die schon deshalb keine Zusatzleistungen sein können, da sie weder besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung darstellen noch es sich

um zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen handelt. Dabei kann es sich bei den sonstigen Leistungen sowohl um Dienstleistungen, investive Aufwendungen oder ein Gemisch aus beiden handeln, welche aber ein direktes Nutzungsäquivalent für die Heimbewohnerin/den Heimbewohner haben müssen.

### **1. Sonstige Dienstleistungen**

Sonstige Dienstleistungen können z. B. sein:

- Hilfen beim Einzug in die Einrichtung oder Auszug aus der Einrichtung,
- Haustierversorgung,
- Vorhaltung und Bewirtschaftung des Gästezimmers, Bewirtung von Gästen und Ähnliches,
- Unterricht unter fachlicher Leitung (z. B. Erlernen eines Instrumentes),
- Eintrittsgelder und ähnliches im Rahmen von Kultur- und Freizeitwünschen,
- Friseur- und ähnliche Leistungen,
- Hand- und Fußpflege, soweit diese über die Leistungen nach § 1 hinaus geht,
- Urlaubsreisen,
- Fahr- und Begleitdienste im Zusammenhang mit sonstigen Dienstleistungen.

### **2. Investive Aufwendungen in Abgrenzung zu den gesondert berechenbaren betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI**

Alle **erforderlichen** Aufwendungen für Investitionen einer Pflegeeinrichtung (§ 1 Satz 1 der Durchführungsverordnung zum NPflegeG) sind betriebsnotwendig. Sie können jeweils allen Pflegebedürftigen im Heim gesondert berechnet werden. Maßgeblich für die Feststellung der betriebsnotwendigen Aufwendungen ist bei nach dem NPflegeG geförderten Einrichtungen die Zustimmung durch die nach § 19 Abs. 3 i. V. m. § 15 NPflegeG zuständige Behörde. Bei nichtgeförderten Einrichtungen sind diese Aufwendungen anzuzeigen. (§ 19 NPflegeG i. V. m. § 82 Abs. 4 SGB XI)

Pflegeeinrichtungen, die ihren Bewohnerinnen und Bewohnern darüber hinaus Leistungen anbieten, für welche Investitionsaufwendungen getätigt worden sind, können diese nicht gem. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen. Solche sind nach § 9 Abs. 4 NPflegeG nicht förderfähig. Sie können mit Heimbewohnerinnen/Heimbewohnern nur außerhalb der Bestimmungen des SGB XI vereinbart und abgerechnet werden.

Zahlungen der Heimbewohnerin/des Heimbewohners für nicht betriebsnotwendige Aufwendungen können nicht bei der Ermittlung des einsetzbaren Einkommens für die Gewährung öffentlicher Leistungen berücksichtigt werden. Sie können - wie die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI - auch keinem anderen Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt werden.

Investive Aufwendungen, die über das Kriterium der Betriebsnotwendigkeit hinausgehen, können z. B. sein:

- Bereitstellen von einzelnen Wohnräumen mit besonderer Ausstattung, von herausgehobener Qualität und Größe (daraus ggf. resultierende höhere Unterkunftskosten wären Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI),

- Therapieräume und deren Ausstattung, soweit diese über das Kriterium der Betriebsnotwendigkeit hinaus gehen, so in der Regel Schwimmbäder (über eine Mischkalkulation aus investiven und Betriebskosten dürfte die Inanspruchnahme dieser Leistungen über Eintrittsentgelte zu finanzieren sein.),
- private Rundfunk- und Fernsehgeräte, Telefon-, Faxgeräte u. ä.

Die Inanspruchnahme und Bezahlung der investiven Aufwendungen ist entweder einzelvertraglich oder bei Dauerleistungen über den Heimvertrag zu regeln.

#### **IV.**

#### **Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB V**

Leistungen nach dem SGB V, auf die der/die Pflegebedürftige einen Anspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat (z. B. Therapien, Hilfsmittel), können niemals Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sein.

Anlage 2 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege

Vereinfachter Antrag des Pflegebedürftigen bei der Neuaufnahme im Pflegeheim  
(§ 7 Abs. 1 des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege)

Name und Anschrift  
der Pflegeeinrichtung

an zuständige Pflegekasse

Kurzantrag auf Übernahme der Kosten für vollstationäre Pflege gem. § 43 Abs. 1 SGB XI.

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
Anschrift  
Aufnahmedatum  
Pflegestufe  
täglicher Heimpflegesatz  
tägliche Kosten für  
Unterkunft und Verpflegung

Es wird beantragt, die Kosten für die vollstationäre Pflege ab dem Aufnahmedatum zu übernehmen.

Der Versicherte ist damit einverstanden, dass  
die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe von  
diesem Leistungsantrag unverzüglich Kenntnis gibt.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers  
bzw. eines Bevollmächtigten oder nahen  
Angehörigen

-----  
Aufnahmebestätigung  
im Sinne von § 8 Abs. 2  
Rahmenvertrag:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Pflegeeinrichtung

Anlage 3 zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege

Kurze Stellungnahme des Pflegedienstes zur Pflegebedürftigkeit  
(§ 24 des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege)

Anschrift der  
Pflegeeinrichtung

**Anfrage zur Pflegesituation**

Sehr geehrte(r) Herr / Frau

Unser(e) Versicherte(r):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer  
oder Geburtsdatum \_\_\_\_\_

bisherige Pflegestufe \_\_\_\_\_

befindet sich seit dem ..... in Ihrer Einrichtung.  
Für uns besteht ein Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der Pflege zu überprüfen.  
Dazu bitten wir, Ihre Einschätzung auf der Rückseite anzugeben.

Für Ihre Mithilfe danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Anschrift der  
Pflegekasse



1. Ist die stationäre Pflege unverändert notwendig?

- ja
- nein

Begründung:

---

---

2. Falls stationäre Pflege nicht mehr notwendig ist, welche anderen pflegerischen Maßnahmen können in Betracht kommen?

- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ambulante Pflege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tagespflege      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nachtpflege      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Begründung:

---

---

3. Hat sich der Hilfebedarf des Pflegebedürftigen so verändert, dass eine Neueinstufung notwendig erscheint?

- ja
- nein

Begründung:

---

---

Ergänzende Bemerkungen:

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel  
der Pflegeeinrichtung

Protokollnotiz zu § 1:

Prophylaxen sind Vorsorgemaßnahmen. Sofern eine behandlungsbedürftige Krankheit eingetreten ist, findet an dem betroffenen Körperteil Behandlungspflege nach § 1 Abs. 5 statt.

Protokollnotiz zu §§ 17, 18:

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

Protokollnotiz zu § 25:

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

Hannover, den 14.12.1999

---

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit  
und Soziales

---

Niedersächsischer Landkreistag

---

Niedersächsischer Städtetag

---

Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund

---

Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeiterwohlfahrt  
Niedersachsen

---

Caritasverbände in Niedersachsen, vertreten durch  
den Landescaritasverband für Oldenburg e. V.

---

PARITÄTISCHER NIEDERSACHSEN e. V.

---

Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen, vertreten  
durch das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband  
Niedersachsen e. V.

---

Diakonische Werke in Niedersachsen, vertreten  
durch das Diakonische Werk der Ev.-luth. Kirche  
Hannovers e. V.

---

Landesverband der Jüdischen Gemeinden von  
Niedersachsen „Jüdische Wohlfahrt“

---

Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime  
und ambulanter Dienste e. V. Landesgruppe Nie-  
dersachsen

---

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe  
Landesgruppe Niedersachsen e. V.

---

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. Landes-  
geschäftsstelle Niedersachsen

---

AOK- Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

---

BKK Landesverband Niedersachsen

---

IKK-Landesverband Niedersachsen

---

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
(VdAK) - Landesvertretung Niedersachsen

---

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. Landes-  
vertretung Niedersachsen

---

Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse

---

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover