Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern gemäß § 75 SGB XI

zwischen

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, München

dem BKK Landesverband Bayern, München

der IKK classic, München

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Pflegekasse, Kassel

und den Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

  gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
  vdek – Verband der Ersatzkassen e. V.,
  vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln

dem Bezirk Oberbayern, München

dem Bezirk Schwaben, Augsburg

dem Bezirk Niederbayern, Landshut

dem Bezirk Mittelfranken, Ansbach

dem Bezirk Oberpfalz, Regensburg

dem Bezirk Oberfranken, Bayreuth

dem Bezirk Unterfranken, Würzburg

unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (nachfolgend MDK), München

– einerseits –

und

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern e.V., München

dem Deutschen Caritasverband, Landesverband Bayern e.V., München

dem Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern, Landesverband der Inneren Mission e.V., Nürnberg

dem Bayerischen Roten Kreuz KdöR, Landesgeschäftsstelle, München

dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., München

dem Landesverband der israelitischen Kultusgemeinden in Bayern, München

dem bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgeschäftsstelle Bayern, München

dem VDAB – Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Landesverband Bayern e.V., Augsburg

dem Bayerischen Bezirketag, München

dem Bayerischen Landkreistag, München

dem Bayerischen Städtetag, München

dem Bayerischen Gemeindetag, München

– andererseits –

Inhaltsverzeichnis

Seite

Präambel 7

Abschnitt I
Ziel, Gegenstand und Geltungsbereich des Rahmenvertrages

§ 1 Ziel, Gegenstand und Geltungsbereich des Rahmenvertrages 7 – 8

Abschnitt II
Inhalt der teilstationären Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, der Beförderung, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI

§ 2 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen 8 – 11
a) Ziele und Hilfen bei der Körperpflege 9
b) Ziele und Hilfen bei der Ernährung 9 – 10
c) Ziele und Hilfen bei der Mobilität 10
d) Ziele und Hilfen bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 10
e) Ziele und Leistungen der Betreuung 11
f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege 11

§ 3 Beförderung 11 – 12

§ 4 Unterkunft 12

§ 5 Verpflegung 12 – 13

§ 6 Zusatzleistungen 13

§ 7 Hilfsmittel und technische Hilfen 13

§ 8 Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von der Beförderung sowie Unterkunft und Verpflegung 13

Abschnitt III
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in teilstationären Pflegeeinrichtungen

§ 9 Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung 14

Abschnitt IV
Leistungen zur Prävention

§ 10 Leistungen zur Prävention 14

Abschnitt V
Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

§ 11 Öffnungszeiten 14

§ 12 Wirtschaftliche Einrichtungsgröße 14

§ 13 Antrags- bzw. Zulassungsverfahren 15

Seite

§ 14 Organisatorische und räumliche Voraussetzungen 15 – 16

§ 15 Personelle Voraussetzungen 16

§ 16 Bestandsschutz 16

§ 17 Gesamtversorgungsvertrag 17

§ 18 Vertragsverstöße 17

Abschnitt VI
Allgemeine Bedingungen der teilstationären Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

§ 19 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit 18

§ 20 Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherung 18

§ 21 Aufnahme-, Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsverpflichtung 18

§ 22 Vertrag mit dem Pflegebedürftigen 18

§ 23 Bewilligung der Leistung 18 – 19

§ 24 Mitteilungen und Meldepflichten 19

§ 25 Dokumentation der Pflege und Betreuung 19

§ 26 Leistungsnachweis 19 – 20

§ 27 Abrechnungsverfahren 20

§ 28 Zahlungsweise, Zahlungsfristen und Beanstandungen 20 – 21

§ 29 Datenschutz 22

Abschnitt VII
Regelungen bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB XI

§ 30 Regelungen bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen 22

Abschnitt VIII
Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XI

§ 31 Personelle Ausstattung in der teilstationären Pflege und Betreuung 23

§ 32 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals 23 – 24

§ 33 Arbeitshilfen und Arbeitsmittel 24

§ 34 Nachweis des Personaleinsatzes 24 – 25

Seite

§ 35 Sächliche Ausstattung 25

Abschnitt IX
Beteiligung ehrenamtlicher Kräfte an der Betreuung Pflegebedürftiger nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB XI

§ 36 Ehrenamtliche Unterstützung 26

Abschnitt X
Anforderungen an die nach § 85 Abs. 3 SGB XI geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI

§ 37 Anforderungen an die nach § 85 Abs. 3 SGB XI geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI 26

Abschnitt XI
Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB XI

§ 38 Prüfung der Pflegekassen, Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachter und den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF) 26 – 27

§ 39 Information 27

Abschnitt XII
Zugang des MDK, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und sonstiger von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten Prüfern zu den teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB XI und Mitwirkung der teilstationären Pflegeeinrichtung

§ 40 Zugang 27

§ 41 Mitwirkung der teilstationären Pflegeeinrichtung 27

Abschnitt XIII
Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB XI

§ 42 Voraussetzungen zur Durchführung einer Abrechnungsprüfung 28

§ 43 Prüfungsgegenstand, Prüfungsziel 28

§ 44 Abwicklung der Abrechnungsprüfung 28 – 29

§ 45 Prüfungsergebnis 29

§ 46 Prüfungskosten 29

Abschnitt XIV
Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB XI

§ 47 Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung 29

§ 48 Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand 29

Seite

§ 49 Bestellung und Beauftragung der Sachverständigen 30

§ 50 Abwicklung der Prüfung 30

§ 51 Prüfungsbericht 30 – 31

§ 52 Prüfungsergebnis 31

§ 53 Prüfungskosten 31

Abschnitt XV
Schlussbestimmungen

§ 54 Salvatorische Klausel 31

§ 55 Inkrafttreten, Kündigung 31 – 32

Unterschriftsblatt 33 – 34

Anlagen:

Nachrichtlich: Anlage 1: Prozentuale Aufteilung der Kontengruppen in der Pflegesatzkalkulation auf Pflege, Unterkunft und Verpflegung in der solitären teilstationären Pflege
Anlage 2: Grundsatzpapier zu den Öffnungszeiten – GP-ÖZ
Anlage 2a: Formblatt „Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten“
Anlage 2b: Formblatt „Mitteilung neuer Öffnungszeiten“
Anlage 3: Grundsatzpapier zum Raumprogramm mit Berechnungsmodell
Anlage 4: Trägererklärung
Anlage 5: Formblatt Leistungsnachweis
Anlage 6: Formblatt für den Personalabgleich
Nachrichtlich: Anlage 7: Berechnungsmodell zur Fahrtkostenregelung

Präambel

Mit dem Abschluss dieses Rahmenvertrages vereinbaren die Vertragsparteien erstmals Rahmenregelungen für die teilstationäre Pflege in Bayern. Insofern verbinden die Vertragspartner hohe Erwartungen mit dem Rahmenvertrag. Demnach soll die Versorgungslandschaft stabilisiert und bedarfsgerecht weiterentwickelt sowie auf eine wirtschaftlich tragfähige Basis gestellt werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die nun eintretende Entwicklung der Versorgungslandschaft unter den neuen Rahmenregelungen genau zu beobachten und zu analysieren. Sollte es mit Blick in die Zukunft eindeutige Hinweise und Argumente für eine notwendige Neubewertung der getroffenen Rahmenregelungen geben, so sind im Interesse aller Vertragspartner sowie vor allem im Interesse der Pflegebedürftigen neue Verhandlungen über den Rahmenvertrag aufzunehmen.

Abschnitt I

Ziel, Gegenstand und Geltungsbereich des Rahmenvertrages

§ 1
Ziel, Gegenstand und Geltungsbereich des Rahmenvertrages

(1) Ziel ist es, pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu ermöglichen. Die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) kann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder sie dient der Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege. Sie unterstützt den Verbleib der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und entlastet unter anderem die Pflegepersonen, so dass diese beispielsweise ihren Beruf ausüben können. Gegebenenfalls kann so eine vollstationäre Unterbringung von pflegebedürftigen Menschen hinausgezögert oder vermieden werden.

(2) Die Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung (im Weiteren teilstationäre Pflegeeinrichtung genannt) ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterkunft und Verpflegung) eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

(3) Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) versteht man die zeitweise Pflege, Betreuung und Versorgung im Tagesverlauf in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Sie umfasst die Betreuung und die Tages- und/oder Nachtstrukturierung, die während des Aufenthaltes in der teilstationären Pflegeeinrichtung erforderlichen pflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Unterkunft im Sinne des § 4 sowie Verpflegung im Sinne des § 5. Die Nachtpflege beinhaltet auch die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die mit dem Zubettgehen und Aufstehen verbunden sind (u.a. Abend- und Morgentoilette).

(4) Die im Rahmenvertrag aufgeführten Leistungen werden während der einzelvertraglich vereinbarten Besuchsfrequenz und Aufenthaltsdauer erbracht.

(5) Pflegebedürftige Menschen, die das Angebot einer teilstationären Pflegeeinrichtung nutzen, haben weiterhin ihren selbstbestimmten Lebensmittelpunkt in ihrer eigenen Häuslichkeit. Dort werden grundsätzlich die ggf. notwendigen körperbezogenen Pflegemaßnahmen vom ambulanten Pflegedienst oder anderen Pflegepersonen erbracht. Eine Verschiebung von Leistungen aus dem häuslichen Bereich in die teilstationäre Pflegeeinrichtung soll nicht stattfinden.

(6) Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und / oder Nachtpflege haben unter den gesetzlichen Voraussetzungen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag gemäß § 28a Abs. 2 in Verbindung mit § 45b Abs. 1 SGB XI hierfür einsetzen.

(7) Für eingestreute teilstationäre Pflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI gelten die Regelungen dieses Rahmenvertrages, soweit sie nicht ausdrücklich nur für solitäre teilstationäre Pflegeeinrichtungen getroffen sind.

Abschnitt II

Inhalt der teilstationären Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, der Beförderung, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI

§ 2
Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

(1) Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall während der Zeit des Aufenthaltes in der teilstationären Pflegeeinrichtung erforderlichen Tätigkeiten bei gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Kompensation der Beeinträchtigungen oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung. Die Tätigkeiten sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern, zur Stabilisierung des Zustandes beitragen sowie einem weiteren Verlust der Selbständigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

(2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse; dabei sind alle Expertenstandards gemäß § 113a SGB XI anzuwenden. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der im Bundesanzeiger veröffentlichten Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung sowie der vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI zu erbringen. Die Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein, soweit sie im Rahmen der teilstationären Pflege möglich ist.

(3) Leistungen der teilstationären Pflege zielen im Sinne der aktivierenden Pflege auch darauf ab, unter Berücksichtigung der physischen, kognitiven, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen deren Selbständigkeit und Fähigkeiten zu erhalten, zu fördern, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit fachgerecht zu kompensieren sowie Selbst- und Fremdgefährdung zu vermeiden.

(4) Aufgabe der teilstationären Pflegeeinrichtung ist u.a. auch der Schutz der Pflegebedürftigen durch eine humane, bedürfnisorientierte, aktivierende Pflege und Betreuung. In der Erkennung von Gefahrenquellen sowie von Risikofaktoren in der Pflege liegt eine wesentliche Voraussetzung zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit.

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

(6) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen des durch § 14 und § 29 SGB XI vorgegebenen Leistungsumfangs gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

a) Ziele und Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die Körperpflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Die Intimsphäre ist zu schützen.

Die Körperpflege umfasst in der Tages- und/oder Nachtpflege:

- das Waschen, Duschen oder Baden bei akutem Bedarf im Einzelfall; in der Regel sind diese Maßnahmen im häuslichen Bereich auszuführen. Beinhaltet sind die notwendigen und wirtschaftlich vertretbaren, nicht jedoch die individuell gewünschten Körperpflegemittel. Diese Maßnahmen beinhalten auch das An- und Auskleiden sowie ggf. den Einsatz von Hilfsmitteln und den Transfer zur Waschgelegenheit.
- Darm- oder Blasenentleerung; einschließlich der Pflege bei der Versorgung mit Katheter und Stoma sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche.
- die Zahnpflege bei akutem Bedarf im Einzelfall; diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parodontitis-Prophylaxe.
  Dies beinhaltet die notwendige und wirtschaftlich vertretbare, nicht jedoch die individuell gewünschte Zahncreme.

Die Körperpflege umfasst zusätzlich in der Nachtpflege:

- das An- und Auskleiden;
- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten, Lagern und Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, wie etwa Prothesen;
- die Zahnpflege; diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parodontitis-Prophylaxe.
  Dies beinhaltet die notwendige und wirtschaftlich vertretbare, nicht jedoch die individuell gewünschte Zahncreme.
- das Kämmen;
- ggf. das Rasieren; einschließlich der Gesichtspflege.

b) Ziele und Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht und abwechslungsreich sein. Diätnahrungen sind bei Bedarf anzubieten. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl, der Zubereitung und Darreichung der Nahrung zu unterstützen sowie bei Problemen bei der Nahrungsaufnahme während der Aufenthaltsdauer in der teilstationären Pflegeeinrichtung 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 zugrunde liegenden Problemen erforderlich.

Die Hilfen bei der Ernährung umfassen insbesondere:

- das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme von Nahrung und Getränken; hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der

unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester, breiiger und flüssiger Nahrung ermöglichen, z.B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck.
- Hygienemaßnahmen, wie z.B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

c) Ziele und Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziel der Hilfen bei der Mobilität ist u.a. die Förderung der Beweglichkeit. Sie unterstützen das individuelle Bedürfnis nach Bewegung sowie den Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten. In der teilstationären Pflege sind die Ruhebedürfnisse der Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen.

In der Nachtpflege sind beim Aufstehen und Zubettgehen Schlafgewohnheiten angemessen zu berücksichtigen. Störende Einflüsse sind möglichst zu vermeiden.

Die Hilfen bei der Mobilität umfassen insbesondere:

- alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie z.B. Bewegungseinschränkungen vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen; dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen, ggf. auch Prothesen und sonstiger Hilfsmittel;
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen; dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bewegungseingeschränkten Pflegebedürftigen sich zu bewegen.

In der Nachtpflege umfassen die Hilfen bei der Mobilität zusätzlich:

- ggf. den Positionswechsel im Bett.

d) Ziele und Hilfen bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen

Ziel der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen ist, dem Pflegebedürftigen trotz des durch die Pflegebedürftigkeit bedingten Hilfebedarfs die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens während des Aufenthaltes in der teilstationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen, das der Würde des Menschen sowie den Interessen und Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entspricht.

Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zielen darauf ab, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern. Sie dienen im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten der teilstationären Pflegeeinrichtung der Orientierung zur Zeit, zum Ort und zur Person, zur Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag, der Aktivierung kognitiver Ressourcen sowie der Hilfestellung bei Lebenskrisen und Trauerbegleitung.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen können in Form von Beaufsichtigung, Begleitung, Beschäftigung und bei Bedarf als situationsgerechte Unterstützung erbracht werden.

Dazu gehören auch
- die Beratung und die Erhebung der Sozialanamnese des Pflegebedürftigen zur Vorbereitung der teilstationären Pflege sowie
- im Einzelfall die Kontaktaufnahme zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern.

e) Ziele und Leistungen der Betreuung

Das Ziel der Betreuung in der teilstationären Pflege ist die Unterstützung bei der persönlichen Lebensgestaltung sowie der Tages-(ggf. auch Nacht-)strukturierung der Pflegebedürftigen während ihres Aufenthalts in der teilstationären Pflegeeinrichtung. Sie orientiert sich an der Erhaltung der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen, strebt soziale Integration an und regt die jeweiligen Aktivierungspotentiale an. Dabei spielt die Erhaltung bestehender Selbständigkeit und Fähigkeiten eine wichtige Rolle.

Insbesondere für gerontopsychiatrisch veränderte und dementiell erkrankte Pflegebedürftige sind Hilfen bei der Orientierung unverzichtbar.

Formen der Betreuung können sein:

- Integrierte Betreuung: Hierzu zählt eine den Pflegebedürftigen zugewandte Grundhaltung der Mitarbeitenden. Sie stehen für Gespräche zur Verfügung und berücksichtigen Wünsche und Anregungen der Pflegebedürftigen im Rahmen des Betriebsablaufs der Leistungserbringung in der teilstationären Pflege.
- Die Gemeinwesen orientierte Vernetzung der teilstationären Pflegeeinrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung von ehrenamtlichen Helfern sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.
- Gruppenangebote, die besonders geeignet sind, dem Pflegebedürftigen Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung und sozialer Isolation zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern.
- Bei Bedarf gezielte Angebote für einzelne Pflegebedürftige.

Die Angebote der Betreuung sind in den gesamten Leistungs- und Versorgungsprozess eingebunden und orientieren sich an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Die Räumlichkeiten der teilstationären Pflegeeinrichtung sollen ansprechend gestaltet sein und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach räumlicher und jahreszeitlicher Orientierung berücksichtigen.

f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Die teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen auch die während des Aufenthaltes des Pflegebedürftigen in der teilstationären Pflege notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 41 Abs. 2 SGB XI) und soweit kein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 SGB V besteht. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung handelt bei ärztlich verordneten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. Demgemäß sind in der teilstationären Pflege erbrachte Leistungen in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

§ 3
Beförderung

(1) Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur teilstationären Pflegeeinrichtung und zurück.

(2) Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes deshalb die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur teilstationären Pflegeeinrichtung und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen oder

Dritten durchgeführt wird. Dabei kann sich die teilstationäre Pflegeeinrichtung auch eines Kooperationspartners bedienen.

(3) Die leistungsgerechte Vergütung der notwendigen Beförderung ist auch Gegenstand der Vergütungsverhandlungen und wird in der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI gesondert vereinbart und ausgewiesen.

(4) Zuzahlungen bzw. ggf. über den/die vereinbarten Beförderungsvergütungssatz/-sätze hinausgehende Kosten dürfen durch die teilstationäre Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen oder einem Dritten weder gefordert noch angenommen werden.

§ 4
Unterkunft

(1) Zur Unterkunft gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer teilstationären Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, der Beförderung, der Verpflegung, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind.

(2) Unterkunft umfasst insbesondere:

- Nutzung oder Mitbenutzung von Gemeinschafts- und Funktionsräumen sowie der allgemein zugänglichen Innen- und Außenanlagen der teilstationären Pflegeeinrichtung.

- Ver- und Entsorgung;
  Hierzu zählen z.B. die Versorgung mit Wasser und Strom sowie die Entsorgung von Abwasser und Abfall.

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

- Wartung und Instandhaltungsleistungen, soweit diese nicht in den Investitionsleistungen enthalten sind;
  Dies umfasst die Wartung und Instandhaltung der Gebäude, der Einrichtungen und Ausstattungen, der technischen Anlagen und der Außenanlagen.

- Wäscheversorgung;
  Die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der teilstationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Lagerungshilfsmittel und Wäsche.

- Räumlichkeiten für die Tages-(ggf. auch Nacht-)strukturierung;
  Dies umfasst den angemessenen Aufwand für die Bereitstellung und das Herrichten von Räumlichkeiten für die Angebote und Veranstaltungen in der teilstationären Pflegeeinrichtung.

§ 5
Verpflegung

(1) Die Verpflegung während der Dauer des Aufenthaltes in der teilstationären Pflegeeinrichtung umfasst die im Rahmen einer altersgerechten und abwechslungsreichen Ernährung notwendigen Getränke und Speisen sowie die bei Bedarf erforderliche Diätnahrung.

(2) Unter erforderliche Diätnahrung fallen nicht die Sondennahrung und medizinisch indizierte Spezialdiäten, wie z.B. hochkalorische Trinknahrung. Soweit sich eine Änderung der gesetzlichen bzw. vertraglichen Grundlagen außerhalb der Pflegeversicherung ergibt, erklären sich die Vertragsparteien bereit, den Rahmenvertrag anzupassen.

(3) Die Speisen- und Getränkeversorgung umfasst die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und Getränken.

§ 6
Zusatzleistungen

(1) Zusatzleistungen sind nach § 88 SGB XI besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 2, 4 und 5 dieses Rahmenvertrages hinausgehen. Diese Zusatzleistungen sind durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar, mit ihm gemäß § 88 Abs. 2 Ziffer 2 SGB XI schriftlich zu vereinbaren und von ihm gesondert zu bezahlen.

(2) Das Angebot von Zusatzleistungen sowie ihre Berechnung durch gesondert ausgewiesene Zuschläge sind für die teilstationäre Pflegeeinrichtung nicht verpflichtend.

§ 7
Hilfsmittel und technische Hilfen

(1) Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Hilfsmittel gezielt einzusetzen und bei Bedarf Hilfestellung zu ihrem Gebrauch zu leisten. Stellt die Pflegefachkraft bei der Pflege fest, dass Hilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, berät sie über notwendige Schritte. Die allgemeine Hilfsmittelberatung durch den Lieferanten bleibt davon unberührt.

(2) Individuelle Ansprüche des Pflegebedürftigen auf Gewährung von Hilfsmitteln oder technischen Hilfen nach dem § 33 SGB V oder anderen gesetzlichen Vorschriften bleiben hiervon unberührt.

§ 8
Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von der Beförderung sowie Unterkunft und Verpflegung

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 2 Abs. 6 dieses Rahmenvertrages aufgeführten Hilfen.

(2) Zur teilstationären Pflege gehört die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen gemäß § 3 dieses Rahmenvertrages.

(3) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in den §§ 4 und 5 dieses Rahmenvertrages genannten Leistungen.

(4) Leistungen der teilstationären Pflegeeinrichtung werden nach Anlage 1 dieses Rahmenvertrages aufgeteilt. Die Landespflegesatzkommission kann die Aufteilung gemäß Anlage 1 durch einstimmigen Beschluss ganz oder teilweise ändern.

Abschnitt III

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in teilstationären Pflegeeinrichtungen

§ 9
Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen gemäß § 43b SGB XI Leistungen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehen, gemäß den „Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-Rl) in der jeweils geltenden Fassung“ des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

Abschnitt IV

Leistungen zur Prävention

§ 10
Leistungen zur Prävention

Die Pflegekassen erbringen gemäß § 5 SGB XI in Verbindung mit dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV Spitzenverbandes“ in der jeweils geltenden Fassung Leistungen zur Prävention in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Bayern, indem sie kassenübergreifend oder einzeln die finanzielle Förderung von Präventionsmaßnahmen übernehmen. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, an entsprechenden Präventionsmaßnahmen teilzunehmen.

Abschnitt V

Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

§ 11
Öffnungszeiten

Die Öffnungszeiten einer teilstationären Pflegeeinrichtung sind üblicherweise fünf Tage in der Woche mit jeweils mindestens sechs Stunden täglich. Näheres wird im „Grundsatzpapier zu den Öffnungszeiten“ mit Anlagen geregelt (Anlage 2, Anlage 2a und Anlage 2b).

§ 12
Wirtschaftliche Einrichtungsgröße

(1) Orientierungsgröße für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist eine solitäre teilstationäre Pflegeeinrichtung mit einer Kapazität von 15 Pflegeplätzen.

(2) Eine Unterschreitung der in Absatz 1 genannten Orientierungsgröße ist mit Begründung möglich, wenn insbesondere durch die Vernetzung von Teilbereichen zu einer Gesamteinrichtung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gewährleistet ist, oder die Spezifik der zu pflegenden, betreuenden und zu versorgenden Pflegebedürftigen in der teilstationären Pflegeeinrichtung oder die örtlichen Gegebenheiten dies erfordern. Eine Ablehnung der Unterschreitung ist im Einzelfall seitens der Kostenträger schriftlich zu begründen.

§ 13
Antrags- bzw. Zulassungsverfahren

(1) Die vorgesehene Inbetriebnahme einer teilstationären Pflegeeinrichtung zeigt deren Träger den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig, möglichst zwei Monate vorher an und reicht den Antrag auf einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI ein. Der ausgefüllte Strukturerhebungsbogen und alle erforderlichen Nachweise und Unterlagen gemäß § 14 und § 15 werden zeitnah nachgereicht. Wird von den Landesverbänden der Pflegekassen festgestellt, dass Unterlagen fehlen, wird dies dem Antragsteller möglichst zeitnah schriftlich mitgeteilt.

(2) Steht die personelle Besetzung zum Zeitpunkt der Anzeige bzw. Antragstellung noch nicht fest, teilt der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung diese zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch noch vor der Inbetriebnahme mit entsprechenden Nachweisen schriftlich den Landesverbänden der Pflegekassen mit. Der Versorgungsvertrag soll möglichst zwei Wochen vor der geplanten Inbetriebnahme abgeschlossen werden, sofern zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen erfüllt sind.

(3) Ergeben sich während des Zulassungsverfahrens oder nach erfolgter Zulassung Änderungen, die die maßgeblichen Angaben, Unterlagen und Nachweise gemäß § 14 und § 15 betreffen, zeigt der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung diese den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich schriftlich an.

§ 14
Organisatorische und räumliche Voraussetzungen

(1) Es sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung hinsichtlich der räumlichen Voraussetzungen anzuwenden.

Solitäre teilstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen teilstationäre Pflegeleistungen in dafür geeigneten Räumlichkeiten mit ausreichender Größe, wobei pro solitärem teilstationären Pflegeplatz in der Regel bis 12 Plätze 16 m² je Platz als Gesamtfläche und für jeden weiteren Platz zusätzlich je 4 m² Betreuungsfläche (insbesondere Aufenthalts-, Ruhe- und Therapieräume sowie die Therapieküche) gemäß dem Grundsatzpapier zum Raumprogramm mit Berechnungsmodell (Anlage 3) anzusetzen sind, und halten eine geeignete Ausstattung vor. Abweichungen bei der Fläche sind aufgrund baulicher oder organisatorischer Gegebenheiten möglich, sofern dadurch die Qualität der Pflege und die Wirtschaftlichkeit nicht beeinträchtigt werden.

(2) Im Rahmen dessen und der vereinbarten Öffnungszeiten kann der Träger der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung bis zu zwei flexible teilstationäre Pflegeplätze in der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung vorhalten, wobei die im gültigen Versorgungsvertrag vereinbarten Pflegeplätze jährlich im Durchschnitt einzuhalten sind. Weitere Voraussetzung ist, dass der Träger der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung die einschlägigen ordnungsrechtlichen Vorschriften sowie gesetzlichen und vertragsrechtlichen qualitätssichernden Anforderungen einhält.

(3) Der Träger der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung legt für die solitäre teilstationäre Pflegeeinrichtung im Rahmen des Zulassungsverfahrens den Landesverbänden der Pflegekassen folgende Unterlagen bzw. Nachweise vor:

- Trägererklärung (Anlage 4)
- Grundriss mit Bezeichnung der Räumlichkeiten und Angabe der jeweiligen Quadratmeteranzahl

- bei Personengesellschaften oder juristischen Personen aktuelle Nachweise (nicht älter als drei Monate): Erklärung zum Gesellschafterbestand (GbR) oder Auszug aus dem Handelsregister bzw. Vereinsregister
- Institutionskennzeichen der teilstationären Pflegeeinrichtung: Kopie der Mitteilung der ARGE-IK St. Augustin
- Betreuungs- und Pflegekonzept unter Berücksichtigung der aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse

(4) Bei einer Änderung des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI sind die für die Änderung relevanten Unterlagen gemäß Absatz 3 den Landesverbänden der Pflegekassen vorzulegen.

§ 15
Personelle Voraussetzungen

(1) Die von der teilstationären Pflegeeinrichtung angebotenen allgemeinen Pflegeleistungen im Sinne von § 2 sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.

(2) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung bezahlt an seine Beschäftigten eine ortsübliche Vergütung (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI).

(3) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung legt für die teilstationäre Pflegeeinrichtung im Rahmen des Zulassungsverfahrens den Landesverbänden der Pflegekassen insbesondere folgende Unterlagen bzw. Nachweise vor:

<u>für die verantwortliche Pflegefachkraft</u>
Nachweise über den Abschluss einer Ausbildung und praktischer Berufserfahrung sowie Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen gemäß § 71 Abs. 3 Satz 1 und Satz 4 SGB XI:
- die staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses in Kopie
- die hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (Bescheinigung des Arbeitgebers oder Auszug des Arbeitszeugnisses etc.)
- den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden in Kopie oder den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität
- die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (z.B. Auszug aus dem Arbeitsvertrag etc.)

<u>für die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft:</u>
Nachweis über den Abschluss einer Ausbildung gemäß § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB XI:
- die staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses in Kopie

(4) Bei einer Änderung des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI sind die für die Änderung relevanten Unterlagen gemäß Absatz 3 den Landesverbänden der Pflegekassen vorzulegen.

§ 16
Bestandsschutz

Solitäre teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit gültigem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Rahmenvertrages haben hinsichtlich der Regelungen in § 12 Abs. 1 und § 14 Abs. 1 Bestandsschutz.

§ 17
Gesamtversorgungsvertrag

(1) Für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und Abs. 2 SGB XI) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) abgeschlossen werden.

(2) Die §§ 11 bis 16 gelten entsprechend.

§ 18
Vertragsverstöße

(1) Beachtet der Träger einer teilstationären Pflegeeinrichtung die gesetzlichen sowie die sich aus diesem Rahmenvertrag ergebenden Pflichten nicht oder handelt er entgegen den vertraglichen Bestimmungen, so ist dieses Verhalten grundsätzlich abzumahnen, bevor eine Kündigung des jeweiligen Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI ausgesprochen wird. Etwaige Schadensersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.

(2) Bei schweren Verstößen oder wiederholt gröblicher Verletzung der vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten trotz Abmahnung können die Landesverbände der Pflegekassen den Versorgungsvertrag oder einen Versorgungsbereich gemäß § 74 Abs. 2 SGB XI ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Grundsätzlich sind dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung die Verstöße vorher schriftlich mitzuteilen und Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von zwei Wochen zu geben. Die Anhörung entfällt bei Gefährdung von pflegebedürftigen Personen in der teilstationären Pflegeeinrichtung. § 24 SGB X bleibt hiervon unberührt.

Als schwere Vertragsverstöße gelten:

- Vorsätzliche Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen nach bereits erfolgter Abmahnung;
- Schädigung von Pflegebedürftigen infolge einer schuldhaften Pflichtverletzung;
- Verstoß gegen die sich aus diesem Rahmenvertrag ergebenden Mitteilungspflichten nach bereits erfolgter Abmahnung;
- Fehlende Mitwirkung bei der Qualitätsprüfung im Sinne des § 114a Abs. 2 und 3 SGB XI nach bereits erfolgter Abmahnung;
- Nachweisliche Einflussnahme auf den Pflegebedürftigen zum Zweck der Verweigerung der Mitwirkung an der Qualitäts- bzw. Abrechnungsprüfung, soweit diese über die allgemeine Information und Aufklärung hinausgeht;
- Forderung bzw. Annahme von unzulässigen Zahlungen oder Zuzahlungen für von der Pflegekasse genehmigte Leistungen nach bereits erfolgter Abmahnung;
- Verstöße gegen die Verpflichtungen zur Beförderung nach § 3 Abs. 2 und Abs. 4 nach bereits erfolgter Abmahnung.

(3) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. vertraglichen Regelungen erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistungen mit der Pflegekasse abgerechnet, ist der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

Abschnitt VI

Allgemeine Bedingungen der teilstationären Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

§ 19
Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen der teilstationären Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen sowie das Maß des Notwendigen übersteigen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen und die teilstationäre Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken. Zusatzleistungen nach § 6 bleiben unberührt.

§ 20
Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherung

Die von der teilstationären Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflege- und Betreuungsleistungen nach §§ 2, 3, 4 und 5 sind auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die teilstationäre Pflege in der jeweils gültigen Fassung zu erbringen. Darüber hinaus sind die in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 Abs. 5 SGB XI im einzelnen vereinbarten Inhalte maßgebend.

§ 21
Aufnahme-, Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsverpflichtung

(1) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, im Rahmen ihrer Kapazität die Pflegebedürftigen, die Leistungen dieser Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem Versorgungsauftrag und der Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI während des Aufenthaltes innerhalb der vereinbarten Öffnungszeiten zu pflegen, zu betreuen und zu versorgen.

(2) Absatz 1 gilt auch, soweit eine Begutachtung wegen Pflegebedürftigkeit durch den MDK noch aussteht und unabhängig vom Begutachtungsergebnis.

§ 22
Vertrag mit dem Pflegebedürftigen

(1) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen schriftlichen Vertrag, für den gemäß § 119 SGB XI die Vorschriften über die Verträge nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) entsprechend gelten.

(2) Hieraus ergibt sich kein Prüfrecht.

§ 23
Bewilligung der Leistung

(1) Pflegebedürftige erhalten die teilstationären Pflegeleistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Leistung der teilstationären Pflege zu Lasten der Pflegekasse ist für den Pflegebedürftigen die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs auf Pflege in

einer teilstationären Pflegeeinrichtung sowie über die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade nach § 84 Abs. 2 SGB XI.

(2) Die zuständige Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunfts- und Beratungspflichten den Pflegebedürftigen auf evtl. weitergehende Leistungspflichten, u.a. des Trägers der Sozialhilfe, hin. Sofern der Pflegebedürftige zustimmt, gibt die Pflegekasse dem zuständigen Träger der Sozialhilfe unverzüglich von dem Leistungsantrag Kenntnis.

§ 24
Mitteilungen und Meldepflichten

Die zuständige gesetzliche Pflegekasse informiert die teilstationäre Pflegeeinrichtung unverzüglich schriftlich über ihre Leistungszuständigkeit sowie über den festgestellten Pflegegrad und den entsprechenden Leistungshöchstbetrag, sobald der Pflegebedürftige ihr gegenüber erklärt hat, welche teilstationäre Pflegeeinrichtung er wählt.

§ 25
Dokumentation der Pflege und Betreuung

(1) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI in teilstationären Pflegeeinrichtungen ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten.

Die Pflegedokumentation ist für jeden Pflegebedürftigen sachgerecht und kontinuierlich für seine Aufenthaltsdauer zu führen und beinhaltet relevante fachliche Unterlagen:
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung (inklusive Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln) bezogen auf die Dauer des Aufenthalts,
- den Pflegebericht,
- Angaben über durchgeführte Pflege- und Betreuungsleistungen und
- ärztlich angeordnete Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege.

(2) Veränderungen des Pflegezustandes sind spätestens bis zum Ende des Aufenthaltstages zu dokumentieren und erforderlichenfalls, unter Beachtung des Datenschutzes, an die vom Pflegebedürftigen oder von seinem rechtlichen Vertreter benannte Person weiterzugeben. Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation müssen der lückenlose Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.

(3) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat die Pflegedokumentation mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen erbracht wurden, aufzubewahren.

§ 26
Leistungsnachweis

(1) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis (Anlage 5) als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeigen.

(2) Dieser beinhaltet:
- das Institutionskennzeichen der teilstationären Pflegeeinrichtung,
- den Vor- und Nachnamen des Pflegebedürftigen,
- das Geburtsdatum des Pflegebedürftigen,
- die Versichertennummer des Pflegebedürftigen,

- den Pflegegrad des Pflegebedürftigen,
- das Tagesdatum mit Uhrzeit (Beginn) und Dauer der Leistungserbringung sowie gebuchter Zeitkorridor und
- ggf. kurzfristige Abwesenheitstage gebuchter Leistungstage sowie gebuchter Zeitkorridor.

§ 27
Abrechnungsverfahren

(1) Leistungen der teilstationären Pflege können nur für Tage abgerechnet werden, an denen der Pflegebedürftige in der teilstationären Pflegeeinrichtung anwesend war; ausgenommen davon sind die Regelungen bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen im Abschnitt VII. Grundlage für die Abrechnung ist der gebuchte Zeitkorridor.

(2) Sofern die teilstationäre Pflegeeinrichtung Kooperationspartner bei den Leistungen der Beförderung nach § 3 einbezieht, können deren Leistungen nur über die teilstationäre Pflegeeinrichtung abgerechnet werden.

(3) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, der jeweils zuständigen Pflegekasse die Abrechnungsunterlagen vollständig vorzulegen.

Dabei sind
- in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 105 Abs. 1 SGB XI der Zeitraum der Abrechnung, die Anwesenheitstage mit Uhrzeit (Beginn) und Dauer, ggf. kurzfristige Abwesenheitstage gebuchter Leistungstage und die einzelnen Entgeltbestandteile (vereinbarter Pflegesatz des jeweiligen Pflegegrades sowie der/die vereinbarte/n Beförderungsvergütungssatz/sätze) aufzuzeichnen,
- in den Abrechnungen das Institutionskennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen und
- die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI, dessen Vor- und Nachname und Geburtsdatum sowie seinen Pflegegrad anzugeben.

Der Leistungsnachweis nach § 26 über die erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen ist mit der Abrechnung bei der zuständigen Pflegekasse einzureichen.

(4) Das von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegte Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI sind Teil dieses Rahmenvertrages.

(5) Zuzahlungen zu den vereinbarten Pflegesätzen und dem/den Beförderungsvergütungssatz/sätzen sowie zu den Entgelten für die Unterkunft und die Verpflegung dürfen durch die teilstationäre Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen oder einem Dritten weder gefordert noch angenommen werden; eine Zuwiderhandlung stellt unter den Voraussetzungen des § 18 einen schweren Vertragsverstoß dar. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.

§ 28
Zahlungsweise, Zahlungsfristen und Beanstandungen

(1) Die Abrechnung der teilstationären Pflegeleistungen erfolgt regelmäßig einmal monatlich für den Vormonat. Die Rechnungen mit Leistungsnachweisen sind bei der jeweils zuständigen Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.

Die zustehenden Leistungsbeträge werden durch die Pflegekassen innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnung an die teilstationäre Pflegeeinrichtung bzw. die vom Träger bestimmte und von den Pflegekassen anerkannte Berechnungsstelle angewiesen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.

(2) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Pflegekasse der teilstationären Pflegeeinrichtung bzw. der beauftragten Abrechnungsstelle die betroffenen Rechnungen zur Prüfung und Korrektur zurückgeben. In diesen Fällen tritt das Zahlungsziel nach Absatz 1 mit Eingang der korrekten Abrechnung erneut in Kraft.

Nachträgliche Beanstandungen der Abrechnung der teilstationären Pflegeeinrichtung bzw. der beauftragten Abrechnungsstelle müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang bei den Pflegekassen von diesen bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen erhoben und begründet werden.

(3) Nach § 87a Abs. 3 SGB XI ist der dem Pflegebedürftigen nach § 41 SGB XI zustehende Leistungsbetrag von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an die teilstationäre Pflegeeinrichtung zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Unberührt bleiben Nachberechnungen aufgrund geänderter Leistungsbescheide.

(4) Überträgt die teilstationäre Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse unverzüglich durch Übersendung einer Ablichtung der Abtretungsvereinbarung schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse sind der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der teilstationären Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Übertragung der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Wenn Forderungen an Dritte abgetreten werden sollen, sind die Pflegekassen vorab zu informieren.

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

(6) Bei Pflegebedürftigen der privaten Pflegepflichtversicherung, bei denen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistungen die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die teilstationäre Pflegeeinrichtung, die der Pflegebedürftige mit der Durchführung der teilstationären Pflege beauftragt hat, die teilstationären Pflegeleistungen mit dem Pflegebedürftigen selbst ab.

(7) Abweichende Vereinbarungen mit Sozialhilfeträgern sind möglich.

§ 29
Datenschutz

Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten teilstationären Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet werden. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen sowie die einschlägigen Datenschutzbestimmungen zu beachten. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I und § 67 SGB X.

Abschnitt VII

Regelungen bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB XI

§ 30
Regelungen bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen

(1) Hält die teilstationäre Pflegeeinrichtung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen den Pflegeplatz frei, erhält sie dafür unter Maßgabe der Absätze 2 bis 7 eine Abwesenheitsvergütung.

(2) Ein Anspruch auf eine Abwesenheitsvergütung besteht nicht, wenn die teilstationäre Pflegeeinrichtung diesen Pflegeplatz an einen anderen Pflegebedürftigen vergibt.

(3) Ein Anspruch auf eine Abwesenheitsvergütung besteht nur, wenn der teilstationären Pflegeeinrichtung die vorübergehende Abwesenheit innerhalb von sieben Kalendertagen vor dem oder an dem gebuchten Tag, an dem die Leistung nicht in Anspruch genommen wird (kurzfristige Absage), erstmals bekannt wird.

(4) Die kurzfristige Absage ist durch den Pflegebedürftigen, seinem Angehörigen oder seinem rechtlichen Vertreter schriftlich auf dem Leistungsnachweis nach § 26 zu bestätigen.

(5) Die Abwesenheitsvergütung beträgt 75 % der vereinbarten täglichen Pflegevergütung, des vereinbarten täglichen Vergütungszuschlags nach § 84 Abs. 8 in Verbindung mit § 85 Abs. 8 SGB XI für Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b SGB XI, ggf. der Ausbildungsvergütung nach § 82a SGB XI, ggf. der Zuschläge nach § 92b SGB XI sowie der vereinbarten täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.
Die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
Beförderungsentgelte, auch Abschläge davon, können nicht abgerechnet werden.

(6) Der Anspruch der teilstationären Pflegeeinrichtung auf eine Abwesenheitsvergütung besteht je Pflegebedürftigem für maximal fünfzehn Tage im Kalenderjahr.

(7) Darüber hinaus darf die teilstationäre Pflegeeinrichtung dem Pflegebedürftigen oder einem Dritten keine weitere Abwesenheitsvergütung in Rechnung stellen.

Abschnitt VIII

Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XI

§ 31
Personelle Ausstattung in der teilstationären Pflege und Betreuung

Bei der Bemessung des Personalbedarfs ist den Besonderheiten der teilstationären Pflege Rechnung zu tragen. Die Personalschlüssel werden im Rahmen der Pflegesatzverhandlung gemäß der Vereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI (Leistungs- und Qualitätsmerkmale) einrichtungsindividuell vereinbart, soweit in der Landespflegesatzkommission keine landesweiten Personalschlüssel beschlossen werden.

§ 32
Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung teilstationärer Pflegeeinrichtungen muss eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI (Leistungs- und Qualitätsmerkmale) gewährleisten.

(2) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat für die Leistungen nach § 43b SGB XI zusätzliches und gemäß den „Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-Rl)“ in der jeweils geltenden Fassung entsprechend qualifiziertes Betreuungspersonal vorzuhalten.

(3) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationshoheit die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.

(4) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich insbesondere nach den Regelungen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, den vereinbarten Personalschlüsseln sowie den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen gemäß § 84 Abs. 5 SGB XI.

Beim Einsatz des Personals sind
- die Selbständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen,
- 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 Pflege, Betreuung, Unterstützung und Versorgung der Pflegebedürftigen einschließlich der dazugehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene im Sinne des § 113 SGB XI wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben angemessen sowie
- die Risikopotentiale bei den Pflegebedürftigen

zu berücksichtigen.

(5) Die verantwortliche Pflegefachkraft muss in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, soweit sie nicht Inhaber der teilstationären Pflegeeinrichtung ist. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter der teilstationären Pflegeeinrichtung ist und ihre Tätigkeitsschwerpunkte sich auf die jeweilige teilstationäre Pflegeeinrichtung beziehen. Ausgenommen von der Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte. Pflegehilfskräfte und angelernte Kräfte in der Pflege werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Pflegefachkraft tätig. Die Überprüfung des Pflegebedarfs obliegt den Pflegefachkräften.

(6) Die ausbildende teilstationäre Pflegeeinrichtung stellt für Auszubildende für die Zeit ihrer praktischen Ausbildung die Praxisanleitung nach der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung und den darauf beruhenden Verordnungen durch eine geeignete Pflegefachkraft sicher.

(7) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, personelle Änderungen, die die verantwortliche Pflegefachkraft und/oder deren Vertretung betreffen, unverzüglich den Landesverbänden der Pflegekassen über deren Arbeitsgemeinschaft (ARGE) mitzuteilen. Dies gilt für alle Fälle des Wechsels der verantwortlichen Pflegefachkraft und/oder ihrer Vertretung (insbesondere Abberufung, Ausscheiden sowie Funktionswechsel). Vor dem Wechsel weist die teilstationäre Pflegeeinrichtung der ARGE die fachliche Qualifikation der neuen verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 71 Abs. 3 SGB XI und/oder deren Vertretung nach. Ferner weist sie das Bestehen eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nach, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft nicht Eigentümerin oder Gesellschafterin der teilstationären Pflegeeinrichtung ist und sich ihre Tätigkeitsschwerpunkte auf die jeweilige teilstationäre Pflegeeinrichtung beziehen. Eine sozialversicherungspflichtige Regelung ist auch nicht nachzuweisen, soweit es sich um Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte handelt.

§ 33
Arbeitshilfen und Arbeitsmittel

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

§ 34
Nachweis des Personaleinsatzes

(1) Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

(2) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Pflege, Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen während der vereinbarten Öffnungszeiten sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Pflege, Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.

(3) Die Umsetzung des Personalabgleichs nach § 84 Abs. 6 Satz 3 SGB XI setzt eine vertragliche Vereinbarung über das vorzuhaltende Personal in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen gemäß § 84 Abs. 5 SGB XI im Rahmen der

Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI voraus. In den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen ist die vom Träger für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung gegliedert nach Berufsgruppen zu regeln. Die vereinbarte personelle Ausstattung und deren Einhaltung sind Gegenstand eines Personalabgleichs.

(4) Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst einen zusammenhängenden Zeitraum der letzten vier Monate, der nicht weiter zurückliegt als ein halbes Jahr. Sofern in diesem Bezugszeitraum eine Personalunterdeckung festgestellt wird, ist der Bezugszeitraum auf bis zu zwölf Monate auszudehnen. Sollte über den einen Zeitraum von zwölf Monaten eine durchgängige und nicht unerhebliche Personalunterdeckung bestehen, kann der Bezugszeitraum ausnahmsweise auch über zwölf Monate hinaus verlängert werden.

(5) Die für den Personalabgleich erforderlichen Nachweise sind der einen Personalabgleich verlangenden Vertragspartei möglichst in elektronischer tabellarischer Form nach dem Muster der Anlage 6 zur Verfügung zu stellen. Soweit diese Nachweise nicht ausreichen, um die Einhaltung im gesetzlich vorgesehenen Umfang zu überprüfen, können weitere zum Nachweis geeignete Unterlagen nachgefordert werden.

(6) In den Fällen, in denen sich ein Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung trotz Aufforderung einer den Personalabgleich verlangenden Vertragspartei weigert, den erforderlichen Nachweis im Sinne des § 84 Abs. 6 SGB XI zu erbringen, wird dem Träger eine letztmalige Frist von einem Monat zur Vorlage dieses Nachweises gegeben.

(7) Wird mit dem Personalabgleich festgestellt, dass die teilstationäre Pflegeeinrichtung die vereinbarte Personalausstattung – unter Beachtung der in den Vergütungsvereinbarungen festgelegten möglichen Abweichung – nicht erfüllt, ist der teilstationären Pflegeeinrichtung Gelegenheit zu geben, die Gründe für die Abweichung im Einzelnen darzulegen.

(8) Hält die teilstationäre Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend dem Verfahren nach § 115 Abs. 3 SGB XI zu kürzen.

§ 35
Sächliche Ausstattung

(1) Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben die im Rahmen ihres üblichen Pflegebetriebs und die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung der teilstationären Pflegeeinrichtung notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen, um die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen pflegen und betreuen zu können.

(2) Durch diese Regelung werden Ansprüche der Pflegebedürftigen auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach anderen gesetzlichen Vorschriften (zum Beispiel nach § 33 SGB V und § 40 SGB XI) weder eingeschränkt noch aufgehoben.

Abschnitt IX

Beteiligung ehrenamtlicher Kräfte an der Betreuung Pflegebedürftiger nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB XI

§ 36
Ehrenamtliche Unterstützung

Die Vertragsparteien unterstützen die Einbindung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen oder sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen bei der ergänzenden Betreuung Pflegebedürftiger. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe des § 82b SGB XI berücksichtigungsfähig.

Abschnitt X

Anforderungen an die nach § 85 Abs. 3 SGB XI geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI

§ 37
Anforderungen an die nach § 85 Abs. 3 SGB XI geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI

Die geeigneten Nachweise müssen im Falle einer Vereinbarung auf Basis von Kosten für alle kostenbasierten Vergütungsbestandteile – insbesondere im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen – ausreichend, nachvollziehbar, anonymisiert und schriftlich sein.

Abschnitt XI

Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB XI

§ 38
Prüfung der Pflegekassen, Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachter und den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF)

(1) Der zuständigen Pflegekasse obliegt die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit und der leistungsrechtlichen Voraussetzungen. Sie kann die Notwendigkeit und die Dauer der Pflege im Einzelfall durch den MDK oder andere unabhängige Gutachter prüfen lassen. Die Begutachtung wird durch den MDK oder einen anderen unabhängigen Gutachter in der Regel als Hausbesuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt. In Ausnahmefällen kann die Begutachtung des Pflegebedürftigen auch in der teilstationären Pflegeeinrichtung stattfinden. Dabei gewährt die teilstationäre Pflegeeinrichtung dem MDK oder dem anderen unabhängigen Gutachter die notwendige Unterstützung.

(2) Der MDK oder andere unabhängige Gutachter stellen durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher, dass eine dem § 18 SGB XI entsprechend rechtzeitige Begutachtung und Einstufungsempfehlung des Pflegebedürftigen erfolgen kann.

(3) Zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit in der teilstationären Pflegeeinrichtung ist der MDK oder ein anderer unabhängiger Gutachter berechtigt, Auskünfte und Unterlagen über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit sowie über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Pflegebedürftigen bei der teilstationären Pflegeeinrichtung einzuholen.

(4) Die Befugnisse, die der Rahmenvertrag dem MDK oder anderen unabhängigen Gutachtern einräumt, werden auch dem medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF) eingeräumt.

§ 39
Information

(1) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 38 und die daraus resultierende Entscheidung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich informiert.

(2) Sofern sich nach Einschätzung der teilstationären Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Pflegebedürftigen geändert hat, insbesondere hinsichtlich des Pflegegrades und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Pflegeleistungen notwendig erscheint, kann sie im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen die zuständige Pflegekasse darauf hinweisen; die ggf. damit verbundene Antragstellung bleibt dem Pflegebedürftigen vorbehalten. Die Pflegekasse leitet dann eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein.

(3) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung kann – mit Zustimmung des betreffenden Pflegebedürftigen – der zuständigen Pflegekasse mitteilen, wenn die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt erscheint.

Abschnitt XII

Zugang des MDK, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und sonstiger von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten Prüfern zu den teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB XI und Mitwirkung der teilstationären Pflegeeinrichtung

§ 40
Zugang

(1) Den Prüfern ist nach vorheriger Terminvereinbarung der Zugang zu der teilstationären Pflegeeinrichtung zu gewähren. Eine vorherige Terminvereinbarung ist nach § 114 SGB XI bei Qualitätsprüfungen nicht erforderlich. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung und die Pflegebedürftigen können von den zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

(2) Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat die ordnungsgemäße Durchführung der jeweiligen Prüfung während der vereinbarten Öffnungszeiten zu ermöglichen.

§ 41
Mitwirkung der teilstationären Pflegeeinrichtung

Die jeweilige Prüfung findet in Gegenwart des Leiters oder der Leiterin der teilstationären Pflegeeinrichtung oder einer von diesem/dieser beauftragten Person statt. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher. Der teilstationären Pflegeeinrichtung bleibt es unbenommen, seinen Träger und Spitzenverband zu beteiligen.

Abschnitt XIII

Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB XI

§ 42
Voraussetzungen zur Durchführung einer Abrechnungsprüfung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können gemäß § 79 Abs. 4 SGB XI eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen.

(2) Eine Abrechnungsprüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die teilstationäre Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung ist vor der Durchführung der Abrechnungsprüfung zu hören. Die Anhaltspunkte sind der teilstationären Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

§ 43
Prüfungsgegenstand, Prüfungsziel

(1) Die Abrechnungsprüfung umfasst die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden und die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) sowie etwaige Ausbildungsvergütung nach § 82a SGB XI, die abgerechnet wurden.

(2) Prüfungsziel ist die Klärung, ob die in Absatz 1 genannten Leistungen fehlerhaft abgerechnet wurden.

§ 44
Abwicklung der Abrechnungsprüfung

(1) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem/den Sachverständigen alle notwendigen Unterlagen vorzulegen, die für die Prüfung der Anforderungen des § 79 Abs. 4 SGB XI in Verbindung mit § 42 und § 43 erforderlich sind, und Auskünfte zu erteilen. Einzelheiten zur Abwicklung der Abrechnungsprüfung sind zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem/den Sachverständigen und dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung abzusprechen. Zur notwendigen Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Prüfung ist deren Einverständnis einzuholen.

(2) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung benennt den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem/den Sachverständigen Personen, die ihm/ihnen auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen.

(3) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Die bei der Prüfung gewonnenen Daten dürfen nur im Rahmen des Prüfungszweckes nach § 79 Abs. 4 SGB XI verwendet werden. Sie unterliegen dem Datenschutz im Sinne des Sozialgesetzbuches. Die Verwendung der Daten im Rahmen strafrechtlicher Verfahren nach § 47a SGB XI bleibt unberührt.

(4) Der zuständige überörtliche Sozialhilfeträger kann, sofern er vom Prüfungssachverhalt betroffen ist, von den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem/den Sachverständigen zur Abrechnungsprüfung hinzugezogen werden. Der Träger kann den Verband, bei dem die teilstationäre Pflegeeinrichtung Mitglied ist, hinzuziehen.

§ 45
Prüfungsergebnis

Im Falle von zu Unrecht abgerechneten teilstationären Pflegeleistungen erstattet der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung den zu Unrecht abgerechneten Betrag an den Pflegebedürftigen bzw. an die für den betreffenden Pflegebedürftigen zuständigen Leistungsträger (zuständige Pflegekasse, zuständiger Sozialhilfeträger). Schadensersatzansprüche bleiben davon unberührt.

§ 46
Prüfungskosten

Im Falle von zu Unrecht abgerechneten teilstationären Pflegeleistungen (§ 45) ist der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung zur Zahlung der entstandenen Prüfungskosten verpflichtet. Diese müssen angemessen sein sowie detailliert und nachvollziehbar dargelegt werden.

Abschnitt XIV

Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB XI

§ 47
Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der teilstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige gemäß § 79 Abs. 1, 2 und 3 SGB XI überprüfen lassen.

(2) Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die teilstationäre Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Zu diesen Anhaltspunkten ist der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung vor Bestellung der Sachverständigen zu hören. Dabei sind die Anhaltspunkte der teilstationären Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung unterbleibt, wenn die tatsächlichen Anhaltspunkte auf anderen, die teilstationäre Pflegeeinrichtung weniger belastenden Wegen, aufgeklärt werden können.

§ 48
Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

Prüfungsziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der teilstationären Pflegeleistungen (§ 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 84 Abs. 4 Satz 1 SGB XI).

§ 49
Bestellung und Beauftragung der Sachverständigen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den/die Sachverständigen nach Anhörung der teilstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 47.

(2) Dem/Den Sachverständigen wird ein schriftlicher Auftrag erteilt, in dem Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand und Prüfungszeitraum enthalten sind. Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung erhält eine Abschrift des Auftrags.

§ 50
Abwicklung der Prüfung

(1) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, dem/den Sachverständigen, sowie ggf. dem MDK als Sachverständigen, alle notwendigen Unterlagen vorzulegen, die für die Prüfung der Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI erforderlich sind, und Auskünfte zu erteilen. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem/den Sachverständigen bzw. ggf. dem MDK als Sachverständigen und dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung abzusprechen. Zur notwendigen Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Prüfung ist deren Einverständnis einzuholen.

(2) Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung benennt dem/den Sachverständigen sowie ggf. dem MDK als Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm/ihnen bzw. ggf. dem MDK als Sachverständigen auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen. Er kann den Verband, bei dem die teilstationäre Pflegeeinrichtung Mitglied ist, an der Prüfung beteiligen.

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

(4) Vor Abschluss der Prüfung findet ein Abschlussgespräch zwischen dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung und dem/den Sachverständigen bzw. ggf. dem MDK als Sachverständigen statt. Hieran können die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband, bei dem die teilstationäre Pflegeeinrichtung Mitglied ist, teilnehmen. Der zuständige überörtliche Sozialhilfeträger kann mit Zustimmung der Beteiligten ebenfalls hinzugezogen werden.

§ 51
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 und
- ggf. die Empfehlungen zur Umsetzung der Prüfungsfeststellungen.

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 teilstationären Pflegeeinrichtung zuzuleiten. Dem zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträger kann mit Zustimmung der Beteiligten der Prüfungsbericht ebenfalls zugeleitet werden.

(3) Der Prüfbericht und die bei der Prüfung gewonnenen Daten dürfen nur im Rahmen des Prüfungszweckes nach § 79 Abs. 1, 2 und 3 SGB XI verwendet werden**.** Sie unterliegen dem Datenschutz im Sinne des Sozialgesetzbuches; das gilt auch für Veröffentlichungen in diesem Zusammenhang. Die Verwendung der Daten im Rahmen strafrechtlicher Verfahren nach § 47a SGB XI bleibt unberührt.

§ 52
Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrages der teilstationären Pflegeeinrichtung nach § 74 SGB XI, in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.

§ 53
Prüfungskosten

Die Prüfungskosten der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 Abs. 1, 2 und 3 SGB XI trägt der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung. Diese sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI zu berücksichtigen (§ 116 Abs. 1 SGB XI). Sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden. Die Prüfungskosten müssen angemessen sein sowie detailliert und nachvollziehbar dargelegt werden.

Abschnitt XV

Schlussbestimmungen

§ 54
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieses Rahmenvertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksame Regelung durch eine rechtlich zulässige Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck am nächsten kommt. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist.

§ 55
Inkrafttreten, Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für den Bereich der teilstationären Pflege tritt am 01.10.2018 in Kraft.

(2) Der Rahmenvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mittels eingeschriebenem Brief erfolgen

- durch die Landesverbände der Pflegekassen oder
- durch die bayerischen Bezirke oder
- durch die Vereinigungen der Träger in Bayern

Die Kündigung ist gegenüber jedem Vertragspartner zu erklären.

(3) Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für den Bereich der teilstationären Pflege gilt nach Kündigung solange weiter, bis ein neuer Rahmenvertrag vereinbart ist. Die Vertragspartner verpflichten sich, im Falle der Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.

Anlagen:

Nachrichtlich:	Anlage 1: Prozentuale Aufteilung der Kontengruppen in der Pflegesatzkalkulation auf Pflege, Unterkunft und Verpflegung in der solitären teilstationären Pflege
Anlage 2:	Grundsatzpapier zu den Öffnungszeiten – GP-ÖZ
Anlage 2a:	Formblatt „Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten“
Anlage 2b:	Formblatt „Mitteilung neuer Öffnungszeiten“
Anlage 3:	Grundsatzpapier zum Raumprogramm mit Berechnungsmodell
Anlage 4:	Trägererklärung
Anlage 5:	Formblatt Leistungsnachweis
Anlage 6:	Formblatt für den Personalabgleich
Nachrichtlich:	Anlage 7: Berechnungsmodell zur Fahrtkostenregelung

Unterschriftsblatt

München, den …….

Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Deutscher Caritasverband Landesverband Bayern e.V.	BKK Landesverband Bayern
Diakonisches Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern – Landesverband der Inneren Mission e.V.	IKK classic
Bayerisches Rotes Kreuz KdöR Landesgeschäftsstelle	KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München
Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Bayern e.V.	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Pflegekasse
Landesverband der israelitischen Kultusgemeinden in Bayern	vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern
bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgeschäftsstelle Bayern	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

VDAB – Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Landesverband Bayern e.V.	Bezirk Oberbayern
Bayerischer Bezirketag	Bezirk Schwaben
Bayerischer Landkreistag	Bezirk Niederbayern
Bayerischer Städtetag	Bezirk Mittelfranken
Bayerischer Gemeindetag	Bezirk Oberpfalz
	Bezirk Oberfranken
	Bezirk Unterfranken

nachrichtlich Anlage 1 "Kostenaufteilungsblatt" des Rahmenvertrages für die teilstationäre Pflege in Bayern nach § 75 SGB XI

Prozentuale Aufteilung der Kontengruppen in der Pflegesatzkalkulation auf Pflege, Unterkunft und Verpflegung in der solitären teilstationären Pflege

Nr.	Kostenarten	Prozentualer Anteil		
		Pflege	**Unterkunft**	**Verpflegung**
	Personalkosten			
1	Leitung der Pflegeeinrichtung	**80%**	**10%**	**10%**
2	Pflegedienst	**100%**	**0%**	**0%**
3	Hauswirtschaftlicher Dienst, Küche	**30%**	**0%**	**70%**
4	Hauswirtschaftlicher Dienst - Wäscherei/sonstige	**50%**	**50%**	**0%**
5	Verwaltungsdienst	**80%**	**10%**	**10%**
6	Technischer Dienst	**50%**	**45%**	**5%**
7	Fort- und Weiterbildung, Supervision	**80%**	**10%**	**10%**
8	Beihilfen, Unterstützungen, freiw. Sozialer Aufwand, Berufsgenossenschaft	**80%**	**10%**	**10%**
	Sachkosten			
9	Lebensmittel	**0**	**0%**	**100%**
10	Wasser, Energie, Brennstoffe	**50%**	**40%**	**10%**
11	Wirtschaft-, Verwaltungsbedarf (ohne 681, 685, 686)	**50%**	**35%**	**15%**
12	Bezogene Leistungen (Küche)	**30%**	**0%**	**70%**
13	Bezogene Leistungen (Hauswirtsch., sonstige)	**50%**	**45%**	**5%**
14	Zentrale Dienstleistungen	**50%**	**45%**	**5%**
15	Pflegebedarf	**100%**	**0%**	**0%**
16	Verbrauchsgüter gem. § 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI	**100%**	**0%**	**0%**
17	Steuern, Abgaben, Versicherungen	**50%**	**40%**	**10%**
18	Zinsen und ähnliche Aufwendungen, keine Investitionskosten	**50%**	**40%**	**10%**
19	Wartung (ohne Instandhaltung, Ersatz)	**50%**	**45%**	**5%**
20	sonstige ordentliche Aufwendungen	**50%**	**45%**	**5%**
21	Prüfkosten und behördliche Aufw.	**50%**	**45%**	**5%**
22	Werbung und ähnliche Aufwendungen	**50%**	**40%**	**10%**
23	Aufwendungen für Verbandsumlagen	**50%**	**40%**	**10%**
24	Aufwendungen für Ehrenamt (Sach- und Personalkosten)	**100%**	**0%**	**0%**

Entgelte für die Beförderung von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück werden in der Pflegevergütung gesondert ausgewiesen.

Grundsatzpapier zu den Öffnungszeiten in der teilstationären Pflege in Bayern (GP-ÖZ)

I. Allgemeines

Das Angebot der teilstationären Pflege in Bayern soll im Sinne des Sicherstellungsauftrages nach § 69 SGB XI entsprechend dem individuellen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen und dem Entlastungsbedürfnis pflegender Angehöriger, vor allem auch zeitlich, so flexibel als möglich gewährleistet werden.

Dabei dürfen jedoch weder das Wirtschaftlichkeitsgebot noch die vertrags- und vergütungsrechtlichen Grundlagen außer Acht gelassen werden.

Für die Zulassung gilt deshalb gemäß den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI – MuG für die Tagespflege in der aktuell geltenden Fassung der Grundsatz: „Sicherstellung der Pflege, Betreuung und Versorgung üblicherweise an fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens sechs Stunden täglich“.

Die Öffnungszeiten stellen eines der maßgeblichen Kriterien für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags, für die Informationspflicht und für die Vergütung dar, deshalb müssen sie den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) stets mit aktuellem Stand bekannt sein.

II. Rechtsgrundlagen

1. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI – MuG – für die Tagespflege

Textauszug aus den MuG (Ziffer 2.1.3):

„Tagespflegeeinrichtungen erbringen entsprechend dem individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf Pflege- und Betreuungsleistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung in der Tagespflegeeinrichtung üblicherweise an fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens sechs Stunden täglich sicherzustellen. Die Öffnungszeiten sollen insbesondere dem regionalen Versorgungsbedarf entsprechen und die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf pflegender Angehöriger unterstützen.“

2. Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern nach § 75 SGB XI

§ 11 Öffnungszeiten:

„Die Öffnungszeiten einer teilstationären Pflegeeinrichtung sind üblicherweise fünf Tage in der Woche mit jeweils mindestens sechs Stunden täglich. Näheres wird im „Grundsatzpapier zu den Öffnungszeiten“ mit seinen Anlagen geregelt.“

§ 21 Abs. 1:

„Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, im Rahmen ihrer Kapazität die Pflegebedürftigen, die Leistungen dieser Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem Versorgungsauftrag und der Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI während des Aufenthaltes innerhalb der vereinbarten Öffnungszeiten zu pflegen, zu betreuen und zu versorgen.“

III. Parameter der Öffnungszeiten

Bei den Öffnungszeiten spielen folgende Parameter eine wesentliche Rolle:

- die Anzahl der Öffnungstage pro Woche,
- die Lage der Öffnungstage (also welche Wochentage),
- die Dauer (also wie viele Stunden) der täglichen Öffnungszeiten sowie
- der Beginn und das Ende der täglichen Öffnungszeiten.

Um den teilstationären Pflegeeinrichtungen größtmögliche zeitliche Flexibilität einräumen zu können, wird auf die Vereinbarung der Lage der Öffnungstage und auf den Beginn sowie das Ende der täglichen Öffnungszeiten der teilstationären Pflegeeinrichtung im Versorgungsvertrag – abweichend von der Vorgabe in den MuG – verzichtet. Dies vor allem auch aus verwaltungsökonomischen und pragmatischen Gründen auf Seiten aller beteiligten Vertragspartner.

Dennoch bedarf es zu den Öffnungszeiten hinsichtlich der Anzahl der Öffnungstage und der Dauer der täglichen Öffnungszeiten vertragsrechtlicher Regelungen, die wiederum die Grundlagen für vergütungsrechtliche Vereinbarungen darstellen.

IV. Öffnungszeiten als Vertragsgegenstand

Relevanter Vertragsgegenstand ist dabei die Anzahl der Öffnungstage pro Woche und die (jeweilige) Dauer der täglichen Öffnungszeiten. Nicht Vertragsgegenstand sind die Lage der Öffnungstage und der Beginn sowie das Ende der täglichen Öffnungszeiten. Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung kann diese flexibel gestalten, ist aber verpflichtet, diesbezügliche Änderungen der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern (ARGE) und dem zuständigen Sozialhilfeträger (Bezirk) im Vorfeld mitzuteilen.

Über die regelmäßigen wöchentlichen Öffnungstage hinaus können zusätzlich jährlich bis zu 5 Tage flexible Öffnungstage vereinbart werden. Die Lage der flexiblen Öffnungstage ist jeweils der ARGE und dem zuständigen Bezirk im Vorfeld mitzuteilen.

Die Dauer der täglichen Öffnungszeiten und die Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage müssen im Konzept, im Strukturerhebungsbogen angegeben und schließlich in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen (LQM) nach § 84 Abs. 5 SGB XI als Vertragsgegenstand der Vergütungsvereinbarung vereinbart werden.

Der Beginn und das Ende der täglichen Öffnungszeiten und die Lage der wöchentlichen Öffnungstage sind nachrichtlich im Strukturerhebungsbogen und in den LQM anzugeben. Im Versorgungsvertrag wird der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung vertraglich verpflichtet, jede diesbezügliche Änderung im Vorfeld den Kostenträgern mitzuteilen.

Um ihre Informationspflicht gegenüber den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und/oder gesetzlichen Vertretern, aber auch im Hinblick auf die Terminwahrnehmung bei Qualitätsprüfungen durch den MDK Bayern oder dem Prüfdienst der PKV erfüllen zu können, müssen den Kostenträgern der Beginn und das Ende der täglichen Öffnungszeiten und die Lage der wöchentlichen

Öffnungstage stets mit aktuellem Stand bekannt sein. Deshalb besteht eine Pflicht seitens des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung gegenüber der ARGE und dem zuständigen Bezirk im Vorfeld jede Änderung mitzuteilen.

V. Änderung der Öffnungszeiten

Antragspflicht: Sollten sich während der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung Änderungen an der Dauer der täglichen Öffnungszeiten und/oder der Anzahl der Öffnungstage ergeben, ist bei der ARGE und dem zuständigen Bezirk seitens des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung eine Vertragsänderung zu beantragen. Umgesetzt werden darf die Änderung erst nach vorheriger Zustimmung der Kostenträger zu der beantragten Vertragsänderung. Die Entscheidung der Kostenträger erfolgt binnen sechs Wochen nach Antragstellung.

Anlage 2a: „Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten“ wegen einer beabsichtigten Änderung der Dauer der täglichen Öffnungszeiten und/oder der Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage.

Mitteilungspflicht: Über Änderungen von Beginn und Ende der täglichen Öffnungszeiten und/oder der Lage der wöchentlichen Öffnungstage sind die Kostenträger im Vorfeld seitens des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung zu informieren.

Anlage 2b: „Mitteilung neuer Öffnungszeiten“ wegen Änderungen von Beginn und Ende der täglichen Öffnungszeiten und/oder der Lage der wöchentlichen Öffnungstage.

Bei einem Antrag auf Vertragsänderung (Anlage 2a) wird dieser von der ARGE und dem zuständigen Bezirk geprüft. Dabei ist insgesamt betrachtet der gemeinsame Sicherstellungsauftrag nach § 69 SGB XI – wie unter der Ziffer I erwähnt – zu beachten. Vor diesem Hintergrund sind bei einer Reduzierung der Öffnungszeiten Gründe seitens des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung anzugeben.

Ggf. vergütungsrelevante Auswirkungen werden geprüft und je nach Ergebnis das Weitere veranlasst. Entweder wird zu Vergütungsverhandlungen aufgerufen – dies wird bei einer Reduzierung der Öffnungszeiten immer der Fall sein – oder die Gültigkeit der bereits vereinbarten Pflegesätze bestätigt.
Von der Anzahl der Öffnungstage hängen u.a. auch die gesondert berechenbaren Investitionskosten ab. Die Lage der Öffnungstage spielt keine Rolle; hier ist der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung flexibel.

VI. Antrag auf Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

1. Konzept der teilstationären Pflegeeinrichtung

Das Konzept der teilstationären Pflegeeinrichtung muss Angaben zu den (geplanten) Öffnungszeiten enthalten.

2. Strukturerhebungsbogen

Im Strukturerhebungsbogen sind die Öffnungszeiten anzugeben.

3. Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Da auf die Vereinbarung der Lage der Öffnungstage und auf den Beginn sowie das Ende der täglichen Öffnungszeiten der teilstationären Pflegeeinrichtung im Versorgungsvertrag – abweichend von der Vorgabe in den MuG – verzichtet wird, wird im Versorgungsvertrag unter dem Versorgungsauftrag in § 4 Abs. 3 folgender Satz vereinbart:

„Die teilstationäre Pflegeeinrichtung hat die individuelle Pflege, Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen mit Leistungen der teilstationären Pflege innerhalb ihrer Öffnungszeiten unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft sicherzustellen."

4. Zulassung

Bei der Zulassung müssen die Angaben zu den Öffnungszeiten im Konzept, im Strukturerhebungsbogen und in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 Abs. 5 SGB XI übereinstimmen.

VII. Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI

1. Leistungs- und Qualitätsmerkmale gemäß § 84 Abs. 5 SGB XI

In den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen – LQM müssen die Dauer der täglichen Öffnungszeiten und die Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage vereinbart, dagegen die Angaben zu Beginn und Ende der täglichen Öffnungszeiten und die Lage der Öffnungstage nachrichtlich mitgeteilt werden. Darüber hinaus ist in den LQM die vertragliche Verpflichtung des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung aufzunehmen, jede diesbezügliche Änderung der ARGE und dem zuständigen Bezirk im Vorfeld mitzuteilen.

2. Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI

Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale – LQM sind Vertragsgegenstand der Vergütungsvereinbarung; insofern werden die Öffnungszeiten nicht in der Vergütungsvereinbarung nochmals gesondert geregelt.

VIII. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den MDK Bayern bzw. den Prüfdienst der PKV in teilstationären Pflegeeinrichtungen werden die Öffnungszeiten abgefragt.

Anlagen: Anlage 2a: Formblatt „Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten"
Anlage 2b: Formblatt „Mitteilung neuer Öffnungszeiten"

Träger der Pflegeeinrichtung:

.....

Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg und den zuständigen Bezirk senden.

*Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten ab ……

(Vertragsänderung)

Teilstationäre Pflegeeinrichtung: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Institutionskennzeichen: .....

Auf der Basis des Grundsatzpapieres zu den Öffnungszeiten in der teilstationären Pflege Ziffer V. Änderung der Öffnungszeiten beantragt der Träger der o.g. teilstationären Pflegeeinrichtung für diese folgende Öffnungszeiten:

		täglich	monatlich, Bemerkung zu monatlich**
• Montag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Dienstag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Mittwoch	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Donnerstag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Freitag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Samstag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Sonntag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……

**Beispiel für monatliche Bemerkung: z.B. Eintrag bei Samstag „jeden 1. im Monat“

☐ zusätzlich bis zu 5 Tage flexible Öffnungstage im Jahr am: ……

Sofern eine Reduzierung der Öffnungszeiten beantragt wird, sind nachfolgend Gründe anzugeben:

……

……

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung stellt während der angegebenen Öffnungszeiten die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI sicher.

Ort, Datum	Unterschrift/Stempel des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung

<u>*Hinweis:</u>

Bei einer Änderung der Dauer der täglichen Öffnungszeiten (wie viele Stunden) und/oder der Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage ist im Vorfeld der Änderung dieser Antrag zu stellen. Die oben angegebenen Daten werden seitens der ARGE und des zuständigen Bezirks geprüft. Sie erhalten eine schriftliche Nachricht, ob sich vertrags- bzw. vergütungsrechtliche Auswirkungen ergeben.

Träger der Pflegeeinrichtung:

.....

Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg und den zuständigen Bezirk senden.

*Mitteilung neuer Öffnungszeiten ab ……

Teilstationäre Pflegeeinrichtung: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Institutionskennzeichen: .....

Auf der Basis des Grundsatzpapieres zu den Öffnungszeiten in der teilstationären Pflege Ziffer V. Änderung der Öffnungszeiten hat o.g. teilstationäre Pflegeeinrichtung wie folgt geöffnet:

		täglich	monatlich, Bemerkung zu monatlich**
• Montag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Dienstag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Mittwoch	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Donnerstag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Freitag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Samstag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……
• Sonntag	von ..... Uhr bis ..... Uhr	☐	☐ ……

**Beispiel für monatliche Bemerkung: z.B. Eintrag bei Samstag „jeden 1. im Monat“

☐ zusätzlich bis zu 5 Tage flexible Öffnungstage im Jahr am: ……

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung stellt während der angegebenen Öffnungszeiten die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI sicher.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung

<u>*Hinweise:</u>

Diese Mitteilung ist im Vorfeld der Änderung zu machen, sobald sich Änderungen von Beginn und Ende der täglichen Öffnungszeiten und/oder von der Lage der wöchentlichen Öffnungstage, d.h an welchen Wochentagen die teilstationäre Pflegeeinrichtung geöffnet hat, ergeben.

Bei einer Änderung der Dauer der täglichen Öffnungszeiten (wie viele Stunden) und/oder der Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage ist im Vorfeld der Änderung der „Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten“ zu stellen.

Berechnung - Maximale Platzzahl (nach § 14 Abs. 1 RV teilstationäre Pflege BY)

1. Individuelle Einrichtung (→ prozentuale Aufteilung in Betreuungs- und Funktionsfläche)

Fläche gesamt	=	*Betreuungsfläche**	+	*Funktionsfläche**
0 m²	**=**		**+**	
100 %	=	Bitte Wert eingeben	+	Bitte Wert eingeben

2. Berechnung zusätzlicher m² für Betreuung

(Basis Tagespflegeeinrichtung mit 12 Plätzen ≙ 192 m²)

Individuelle Einrichtung	0
./. Basis (TAPF 12 Plätz	192
Summe zusätzl. m²	0

Bitte Wert eir	x	0	=	**0** m²
Anteil Betreuungsl	*x*	*Summe*		*Summe zusätzlicher m² Betreuung*

3. Berechnung zusätzlicher Plätze für Betreuung

Summe zusätzlicher m² Betreuung / ***4***	=	**0** zusätzliche Plätze

4. Berechnung individuelle Platzzahl

Basis (TAPF 12 Plätze)	12
+ zusätzliche Plätze	0
= maximale individuelle Plätze	**12**

* Beispiele siehe Reiter Beispiel_Zuordnung_Räume

Im Rahmenvertrag zur teilstationären Pflege werden auch die organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen der solitären Tagespflege geregelt. Der Rahmenvertrag sieht zu den räumlichen Voraussetzungen folgende Regelungen vor:

§ 14 Organisatorische und räumliche Voraussetzungen

(1) Es sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung hinsichtlich der räumlichen Voraussetzungen anzuwenden.

Solitäre teilstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen teilstationäre Pflegeleistungen in dafür geeigneten Räumlichkeiten mit ausreichender Größe, wobei pro solitärem teilstationären Pflegeplatz in der Regel bis 12 Plätze 16 m² je Platz als Gesamtfläche und für jeden weiteren Platz zusätzlich je 4 m^2 Betreuungsfläche (insbesondere Aufenthalts-, Ruhe- und Therapieräume sowie die Therapieküche) gemäß dem Grundsatzpapier zum Raumprogramm mit Berechnungsmodell (Anlage 3) anzusetzen sind, und halten eine geeignete Ausstattung vor. Abweichungen bei der Fläche sind aufgrund baulicher oder organisatorischer Gegebenheiten möglich, sofern dadurch die Qualität der Pflege und die Wirtschaftlichkeit nicht beeinträchtigt werden.
[...]

Die Rahmenvertragsparteien sind sich damit einig, dass **diese Regelung für eine qualitative Verbesserung** für die Gäste einer Tagespflegeeinrichtung sorgt, da die Einrichtung ab dem 13. Gast verpflichtend eine **weitere Betreuungsfläche** von 4 m² vorhalten muss**. Dadurch werden dem Ziel und der Schwerpunkt der teilstationären Pflege, die Aktivierung und Betreuung für pflegebedürftige Menschen, mehr Raum geschaffen.**
Durch eine nähere Definition der Gesamtfläche (Betreuungs- und Funktionsflächen) sollen Missverständnisse in der Auslegung für die Zukunft ausgeräumt werden. Mit dieser Regelung werden die KDA-Empfehlungen weiterentwickelt.

Durch den Klammereinschub wird zudem einen **Konkretisierung dieser Flächen** vorgenommen. Dabei sind insbesondere folgende Bereiche gemeint:
- **Betreuungsflächen** (z.B. Aufenthalts-, Ruhe- und Therapieräume sowie die Therapieküche, Verkehrsflächen: je nach konzeptioneller Ausrichtung z.B. Gang/Bewegungsflächen)
- **Funktionsflächen** (Eingangsbereich mit Garderobe, Vorratsraum, Badezimmer, Hauswirtschaftsraum bzw. Lagerraum, Büro-/Besprechungsraum und Toiletten, Teeküche für Mitarbeiter, Verkehrsflächen: je nach konzeptioneller Ausrichtung z.B. Gang/Bewegungsflächen
- Konkret bedeutet dies, dass für eine Tagespflegeeinrichtung mit 12 oder mehr Plätzen regelhaft eine Mindestfläche von 192 qm (12 x 16 qm) vorhanden sein muss.
- Auf diese ermittelten Flächen sind je zusätzlichen Platz mindestens 4 qm an Betreuungsfläche aufzuschlagen.
- Es ist festzuhalten, welcher Anteil auf die Betreuungsfläche und auf die Funktionsflächen entfällt.
- Die **Funktionsfläche ist angemessen an die Anzahl an Pflegebedürftigen anzupassen**. Eine feste zusätzliche Quadratmeteranzahl scheint hier – auf Grund des nicht linearen Wachstums dieser Flächen – nicht zielführend.

Eine **leichte Berechnung der maximalen Platzzahl ist damit anhand zweier Kennziffern möglich**, der Gesamtfläche und der Fläche, die für Betreuung vorgehalten wird. Im Rahmenvertrag wird diese Betreuungsfläche bereits erläutert ("insbesondere Aufenthalts-, Ruhe- und Therapieräume sowie die Therapieküche"), dem ebenfalls angefügten Beiblatt "Beispiele_Zuordnung_Räume" können weitere Beispiele entnommen werden.

Die **Berechnung erfolgt in vier leicht nachvollziehbaren Schritten**, die mit diesem Excel-Tool abgebildet werden können.
- Die Trägerin/der Träger der Einrichtung kennt die Gesamtfläche sowie die Flächen, die sie/er für Betreuung vorhält.
- Die Gesamtfläche wird im nächsten Schritt einfach prozentual aufgeteilt. (Für jede einzelne Einrichtung werden sich aufgrund ihrer Begebenheiten individuelle Werte ergeben.)
- Die „Mehr"-m^2 der Einrichtung werden ermittelt. (--> Gesamtfläche der Einrichtung ./. 192 m^2)
(Basis bildet zunächst (nach KDA-Empfehlungen) die 12-er Tagespflege mit 192 m^2.)
- Diese „Mehr"- m^2 werden einfach nach obig ermitteltem Verhältnis aufgeteilt.
- Die damit ermittelten zusätzlichen m^2 ergeben mit der Maßgabe der 4 m^2 Betreuungsfläche/Tagespflegegast die maximal mögliche Platzzahl.

Zuordnung der Räumlichkeiten in der teilstationären Pflege in Bayern

Betreuungsfläche

Folgende Flächen können als **Betreuungsflächen** insbesondere berücksichtigt werden

Zum Beispiel:

- Aufenthaltsraum
- Ruheraum
- Therapieräume je nach konzeptioneller Ausrichtung
- Wintergarten warm
- Verkehrsflächen je nach konzeptioneller Ausrichtung,
  z.B. Gang/ Flur/ Bewegungsflächen (Aktivierungsfläche, Rundgang…)

Funktionsfläche

Folgende Flächen können als **Funktionsflächen** insbesondere berücksichtigt werden

Zum Beispiel:

- Eingangsbereich mit Garderobe
- Badezimmer/Duschbad
- Toiletten
- Besprechungsraum
- Büroraum
- Hauswirtschaftsraum
- Vorratsraum
- Lagerraum
- Teeküche für Mitarbeiter
- reiner/unreiner Raum
- Technikraum
- Verkehrsflächen: je nach konzeptioneller Ausrichtung
  z.B. Gang/ Bewegungsflächen

Gesamtfläche = Betreuungsfläche + Funktionsfläche

Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, Gärtnersleite 14 in 96450 Coburg senden.

Trägererklärung

Als rechtlich verantwortliche/-r, betriebswirtschaftliche/-r Leiter/-in oder Geschäftsführer/-in der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung

_____

Name der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung

erkläre ich, dass folgende organisatorische Voraussetzungen für den Abschluss des Versorgungsvertrages der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung vorliegen:

☐ Baugenehmigungsbescheid oder Nutzungsänderungsbescheid

☐ Brandschutznachweis nach Maßgabe der zuständigen Behörde

☐ Nachweis über den Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

☐ Meldung beim zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaft (Mitgliedsnummer: …….....)

☐ Anzeige der Betriebsaufnahme beim zuständigen Gesundheitsamt

Die aufgelisteten Nachweise können im begründeten Einzelfall von der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern auf Anforderung eingesehen werden.

Der Träger der o.g. solitären teilstationären Pflegeeinrichtung bestätigt, die einschlägigen ordnungsrechtlichen Vorschriften sowie gesetzlichen und vertragsrechtlichen qualitätssichernden Anforderungen einzuhalten.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

_____ _____

Name in Druckbuchstaben Funktion

Leistungsnachweis für die teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflegeeinrichtung: _____ Tel: _____

Name und Anschrift

IK Leistungserbringer: _____

Leistungskalendermonat	Vorname Pflegebedürftige/r	Geburtsdatum	Pflegegrad	Kostenträger
			☐ PG1 ☐ PG2 ☐ PG3 ☐ PG4 ☐ PG5	
Leistungskalenderjahr	Nachname Pflegebedürftige/r	Versichertennummer		IK Kostenträger
			☐ Zuschlag für die notwendige Beförderung im Spezialfahrzeug	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Tagesdatum	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**Summe**
gebuchter Zeitkorridor*																																
Leistungsbeginn (Uhrzeit)																																
Leistungsdauer (Stunden)																																
kurzfristige Abwesenheit**																																
Hin-/Rückfahrt (Gesamtkilometer pro Anwesenheitstag)																																

Hiermit wird bestätigt, dass die/der o.g. Pflegebedürftige:

☐ zu den oben angegebenen Zeiten in der Pflegeeinrichtung anwesend war.

☐ an dem/den unter „kurzfristige Abwesenheit“ angekreuzten Tag/en nicht in der Pflegeeinrichtung anwesend war. Dies wurde der Pflegeeinrichtung nicht früher als innerhalb von 7 Kalendertagen vor dem geplanten Besuchstag oder erst an dem geplanten Besuchstag mitgeteilt.**

Zutreffendes bitte ankreuzen

_____ _____

Datum, Stempel und Unterschrift der teilstationären Pflegeeinrichtung

Datum und Unterschrift der/s Pflegebedürftigen/ Angehörigen oder rechtlichen Vertreters

*1. Zeitkorridor bei Anwesenheit bis zu 4,5 Stunden am Tag
2. Zeitkorridor bei Anwesenheit von mehr als 4,5 Stunden bis zu 9 Stunden am Tag
3. Zeitkorridor bei Anwesenheit > 9 Stunden am Tag

** Ein Anspruch auf eine Abwesenheitsvergütung besteht nur, wenn der Pflegeeinrichtung die vorübergehende Abwesenheit innerhalb von sieben Kalendertagen vor dem oder an dem gebuchten Tag, an dem die Leistung nicht in Anspruch genommen wird (kurzfristige Absage), erstmals bekannt wird.

Anlage 6 "Formblatt für den Personalabgleich" des Rahmenvertrages für die teilstationäre Pflege in Bayern nach § 75 SGB XI

Name der Pflegeeinrichtung:
Versorgungsvertrag teilstationär
Personelle Besetzung *) im Monat **von:** **bis:**

Öffnungstage im definierten Zeitraum

Vereinbarte Personalschlüssel (Vergütungsvereinbarung):

Korridor	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Korridor 1					
Korridor 2					
Korridor 3					

	Abrechnungstage im entsprechenden Zeitraum in den Pflegegraden					Summe
Korridor	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Abrechnungstage im def. Zeitraum
Korridor 1						0
Korridor 2						0
Korridor 3						0

wöchentliche Regelarbeitszeit/VZ

	Belegung im Durchschnitt				
Korridor	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Korridor 1					
Korridor 2					
Korridor 3					

	Personal-Soll im definierten Zeitraum					Summe Personal-Soll	Summe Personal-Ist	**Abgleich Personal**
Korridor	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5			
Korridor 1								
Korridor 2								
Korridor 3								

Funktion	Berufsgruppe / Qualifikation	Personalnummer, lfd. Nummer oder Geburtsdatum (Monat/Jahr)	Planstellen Anteil	vertraglich vereinbarte Arbeitszeit nach Wochen-Std. **(Durchschnitt im Zeitraum)**	Arbeitsstunden im **definierten Zeitraum** (inklusive Fortbildung) zuzüglich Urlaub und Krankheit bei Lohnfortzahlung		Anmerkungen (z. B. Einstellungs-/Ausstellungdatum)

*) Alle in der Pflege und Betreuung beschäftigten Fach- und Hilfskräfte

Berechnung der Fahrtkosten für die teilstationäre Pflege

			Berechnung
Berechnungstage			
Stundenlohn/-gehalt* Fahrer			
Stunden Fahrer tgl.		Lohn/Gehalt	0,00 €
Lohnnebenkosten Fahrer		einschl LNK	0,00 €
Stundenlohn/-gehalt* Beifahrer			
Stunden Beifahrer tgl.		Lohn/Gehalt	0,00 €
Lohnnebenkosten Beifahrer		einschl LNK	0,00 €
Stundenlohn/-gehalt* Ltg/Verw./Abrechnung			
Stunden Ltg/Verw./Abrechnung		Lohn/Gehalt	0,00 €
Lohnnebenkosten Ltg/Verw./Abrechnung		einschl LNK	0,00 €
Fahrzeug			
monatlich			
jährlich	0,00		0,00 €
Treibstoff			
Treibstoffkosten ltr.			
Verbrauch ltr. pro 100km			0,00 €
Reparaturen und Wartung mtl.			
Reparaturen und Wartung jährlich	0,00		0,00 €
Versicherung mtl.			
Versicherung jährlich	0,00		0,00 €
Steuern mtl.			
Steuern jährlich	0,00		0,00 €
Sonstige Kosten mtl.**			
Sonstige Kosten jährlich	0,00		0,00 €
Fahrleistungen km tgl.			

Kosten gesamt	0,00 €
abzüglich anderweiter Nutzung des Fahrzeuges***	
Kosten Tagespflege	0,00 €

(Voll-)Kosten pro angefangener Entfernungskilometer: 0,00 € = "Entfernungskilometerpauschale"

Zusammenfassung

Aufteilung fixe und variable Kosten	Kosten	Anteil Fixkosten in %	Fixkosten	Variable Kosten	
Lohnkosten Fahrer	0,00 €	50%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Lohnkosten Beifahrer	0,00 €	50%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Verwaltung	0,00 €	100%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Fahrzeug	0,00 €	100%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Treibstoff	0,00 €	0%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Reparaturen und Wartung mtl.	0,00 €	70%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Versicherung mtl.	0,00 €	100%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Steuer	0,00 €	100%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
sonstige Kosten	0,00 €	100%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
abzüglich anderweiter Nutzung des Fahrzeuges***	0,00 €	100%	0,00 €	0,00 €	0,0 €
Gesamt	**0,00 €**		**0,00 €**	**0,00 €**	0,0 €
Ergebnis	0,00 €		0,00 €	0,00 €	

Gefahrene Gäste pro Tag im Durchschnitt für Hin- und Rückfahrt		0,00	
Fahrten pro Tag		-	
Ergebnis			
Grundpauschale pro Fahrt	(Fixkosten)	0,00 €	= "Grund- und
Preis pro angefangener Entfernungskilometer	(variable Kosten)	0,00 €	Einzelkilometerpauschale"

Die gelben Felder sind manuelle Eingaben

* Bruttojahresarbeitskosten : Jahresnettoarbeitszeit
** Bitte erläutern, um welche Ausgaben es sich handelt.
*** z.B. Fremdwerbung am Auto, andere Fahrten

Text in der Vergütungsvereinbarung:

„Entfernungskilometerpauschale“:

Für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung bis zur teilstationären Pflegeeinrichtung und zurück wird pro angefangenem Entfernungskilometer ein Betrag in Höhe von 0,00 EUR vereinbart.
Zuschlag für Rollstuhlfahrer und Liegendtransport in einem Spezialfahrzeug: 0,00 EUR
Dieser Betrag kann bzw. diese Beträge können jeweils für eine Hin- und eine Rückfahrt pro Aufenthaltstag abgerechnet werden.
Über die vereinbarten Beförderungsregelungen hinaus dürfen keine zusätzlichen Beträge gegenüber dem Pflegebedürftigen oder Dritten in Rechnung gestellt werden.

„Grund- und Einzelkilometerpauschale“:

Für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung bis zur teilstationären Pflegeeinrichtung und zurück wird jeweils eine Grundpauschale in Höhe von 0,00 EUR und pro angefangenem Entfernungskilometer ein Betrag in Höhe von 0,00 EUR vereinbart.
Zuschlag für Rollstuhlfahrer und Liegendtransport in einem Spezialfahrzeug: 0,00 EUR
Diese Beträge können jeweils für eine Hin- und eine Rückfahrt pro Aufenthaltstag abgerechnet werden.
Über die vereinbarten Beförderungsregelungen hinaus dürfen keine zusätzlichen Beträge gegenüber dem Pflegebedürftigen oder Dritten in Rechnung gestellt werden.

Erläuterung:

Der Entfernungskilometer ist die kürzeste Straßenverbindung zwischen der Wohnung und teilstationären Pflegeeinrichtung.

Weitere Erläuterungen:

Es ist keine gesonderte Abrechnung von Wartezeiten, Anfahrten, Leerfahrten und Begleitperson möglich.
Bei einer Fremdvergabe erfolgt die Beförderung zum gleichen Preis. Abrechnungspartner sind die Vertragspartner dieser Fahrtkostenregelung.

Notwendiger Zeitaufwand für den Transport zwischen Wohnung und Fahrzeug

Wohnung = Wohnungstür und nicht nur Haustür. Der Zeitaufwand, der für das Abholen des Pflegebedürftigen von der Wohnungstür notwendig ist, wird erbracht und ist in der Fahrtkostenkalkulation berücksichtigt.

Zuschlag für Rollstuhlfahrer und Liegendtransport in einem Spezialfahrzeug****

Der mit Rollstuhlfahrern grds. verbundene Aufwand ist bereits in der Fahrtkostenkalkulation berücksichtigt; davon ausgenommen ist das Spezialfahrzeug.
Wenn gesundheits- und/oder behinderungsbedingt eine notwendige (Einzel-)Beförderung in einem Spezialfahrzeug erforderlich ist, kann dafür ein Zuschlag zu den Beförderungsentgelten vereinbart werden.
Für den notwendigen Transport von Pflegebedürftigen, die liegend, im Tragestuhl oder im Rollstuhl befördert werden müssen, kann ein Zuschlag nur für diese Pflegedürftigen vereinbart und abgerechnet werden.
****Solche Fahrten werden ausschließlich mit Fahrzeugen durchgeführt, die für diese besonderen Transporte für o.g. Personenkreis geeignet sind.

Preisverwerfungen zwischen sehr kurzen und sehr langen Fahrten

In der Fahrtkostenkalkulation können die Preisverwerfungen zwischen sehr kurzen und sehr langen Fahrten durch eine Grund- und Einzelkilometerpauschale kompensiert werden (optional).
Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung muss sich für die Dauer der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung für eine Variante der Fahrtkostenregelung entscheiden (entweder ausschließlich „Entfernungskilometerpauschale“ oder „Grund- und Einzelkilometerpauschale“).

Extern vergebener Fahrdienst

Die bereits in der Fahrtkostenkalkulation festgelegten und beschlossenen Regelungen zum extern vergebenen Fahrdienst bleiben bestehen. Maßstab für die anzuerkennenden Kosten ist diese Kalkulationsgrundlage. Es obliegt dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung, eine Lösung für die Beförderung zu finden.

Entstandene Beförderungskosten durch nicht abgesagte Anfahrten

In der Fahrtkostenkalkulation können die dadurch entstehenden Kosten berücksichtigt werden. Dies erfolgt ggf. durch Abzug von Kilometern bei der täglichen Fahrleistung.

Abrechnung von (Teil-)Kilometern

In der Fahrtkostenkalkulation erfolgt hierzu eine Präzisierung: „Preis pro angefangenem Entfernungskilometer“.

Muster-Leistungsnachweis für die teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflegeeinrichtung: Muster-Tagespflege Tel: 9999/ 7777

Name und Anschrift

IK Leistungserbringer: 23456788

Leistungskalendermonat	Vorname Pflegebedürftige/r	Geburtsdatum	Pflegegrad	Kostenträger
April	Max	22.01.1923	☐ PG1 ☒ PG2 ☐ PG3 ☐ PG4 ☐ PG5	Muster-BKK
Leistungskalenderjahr	Nachname Pflegebedürftige/r	Versichertennummer		IK Kostenträger
2019	Mustermann	123456789	☐ Zuschlag für die notwendige Beförderung im Spezialfahrzeug	987654321

Zutreffendes bitte ankreuzen

Tagesdatum	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**Summe**
gebuchter Zeitkorridor*		2	2	1	3				2							2	2	1	3				2	2	1	3				2		3/8/3
Leistungsbeginn (Uhrzeit)		07:30	07:30	07:30	07:00				07:30							07:30	07:30	07:30	07:00				07:30	07:45	07:30	07:00				07:30		
Leistungsdauer (Stunden)		09:00	07:00	04:00	09:45				09:00							09:00	09:00	04:00	09:45				09:00	08:45	04:00	09:45				09:00		
kurzfristige Abwesenheit**										2	1	3																				1/1/1
Hin-/Rückfahrt (Gesamtkilometer pro Anwesenheitstag)		10	10	10	10				10							10	10	10	10				10	10	10	10				10		140

MUSTER

Hiermit wird bestätigt, dass die/der o.g. Pflegebedürftige:

☐ zu den oben angegebenen Zeiten in der Pflegeeinrichtung anwesend war.

☐ an dem/den unter „kurzfristige Abwesenheit“ angekreuzten Tag/en nicht in der Pflegeeinrichtung anwesend war. Dies wurde der Pflegeeinrichtung nicht früher als innerhalb von 7 Kalendertagen vor dem geplanten Besuchstag oder erst an dem geplanten Besuchstag mitgeteilt.**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Datum, Stempel und Unterschrift der teilstationären Pflegeeinrichtung

Datum und Unterschrift der/s Pflegebedürftigen/ Angehörigen oder rechtlichen Vertreters

*1. Zeitkorridor bei Anwesenheit bis zu 4,5 Stunden am Tag
2. Zeitkorridor bei Anwesenheit von mehr als 4,5 Stunden bis zu 9 Stunden am Tag
3. Zeitkorridor bei Anwesenheit > 9 Stunden am Tag

** Ein Anspruch auf eine Abwesenheitsvergütung besteht nur, wenn der Pflegeeinrichtung die vorübergehende Abwesenheit innerhalb von sieben Kalendertagen vor dem oder an dem gebuchten Tag, an dem die Leistung nicht in Anspruch genommen wird (kurzfristige Absage), erstmals bekannt wird.

Ausfüllhilfe für den Leistungsnachweis

Abgestimmte Version vom 25.03.2019

Formatierung:

- Maschinelles befüllen wird bevorzugt.
- Handschriftliches, eindeutig lesbares Ausfüllen ist möglich.
- Schriftart und Schriftgröße können abweichen, solange das „Formblatt Leistungsnachweis“ an sich bleibt wie es ist und eine DIN A4 Seite umfasst.
- Der Abstand und die Formatierung der Tabellen können verändert werden, um ggf. eine größere Schriftgröße verwenden zu können, solange das „Formblatt Leistungsnachweis“ eine DIN A4 Seite umfasst.

Leistungskalendermonat:

- Es wird empfohlen den Kalendermonat auszuschreiben, eine Angabe der Monate nur als Ziffer ist jedoch auch möglich.

IK-Kostenträger:

- Das Feld muss für die Abrechnung mit der IK-Nummer der jeweiligen Pflegekasse befüllt werden.
- Die IK-Nummer der Pflegekasse ist nicht die gleiche IK-Nummer der Krankenkasse.
- Die Suche nach der IK-Nummer der zuständigen Pflegekasse ist möglich unter:
  - https://www.dguv.de/arge-ik/ik-adress-suche/index.jsp
  - https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/Gemeinsames_Rundschreiben_IK_2018.pdf

Angabe/Bezeichnung „gebuchter Zeitkorridor“ bei tatsächlichen Anwesenheitstagen und „kurzfristige Abwesenheit“:

- Sowohl die Angabe der tatsächlichen Anwesenheitstage als auch der ggf. „kurzfristigen Abwesenheitstage“ erfolgt für den jeweils gebuchten Zeitkorridor (ZK)* als Ziffer 1 (für ZK 1) oder als Ziffer 2 (für ZK 2) oder als Ziffer 3 (für ZK 3). Die Markierung mit einem „x“ ist insofern nicht ausreichend und scheidet aus. Dies gilt auch für Tagespflegeeinrichtungen, welche gemäß der Vergütungsvereinbarung nur den Zeitkorridor 2 anbieten.
- In der Zeile „gebuchter Zeitkorridor*“ sind ausschließlich an den tatsächlichen Anwesenheitstagen der jeweils gebuchte Zeitkorridor als Ziffer 1 (für ZK 1), als Ziffer 2 (für ZK 2) oder als Ziffer 3 (für ZK 3) einzutragen. Sollte ein Buchungstag unter die Kategorie „kurzfristige Abwesenheit**“ fallen, ist dieser mit der jeweils zutreffenden Ziffer (1 oder 2 oder 3) in die Zeile „kurzfristige Abwesenheit**“ an dem jeweiligen Tag einzutragen. Doppelteintragungen in den Zeilen bei „gebuchter Zeitkorridor“ und „kurzfristige Abwesenheit“ an einem Tag sind nicht möglich (vgl. o.st. Muster-Leistungsnachweis Tag 10-12).
- Aktuell (noch) geltende Vergütungsvereinbarungen mit Halbtages- und Ganztagessätzen können im Formblatt Leistungsnachweis dahingehend abgebildet werden, dass der Halbtagessatz mit Ziffer 1 (für ZK 1) und der Ganztagessatz mit Ziffer 2 (für ZK 2) angegeben werden. Bestehende Vergütungsvereinbarungen mit alten Vergütungsstrukturen werden je nach Laufzeit künftig entsprechend der neuen Vergütungsstruktur abgelöst. In noch bestehenden Sonderfällen geht die individuelle Pflegesatzvereinbarung immer vor, falls es hier zu Abweichungen der Zeitdefinitionen kommen sollte. Bspw. wenn der halbe Tag nur bis zu 4h nach der individuellen Pflegesatzvereinbarung zählt und nicht bis zu 4,5h nach der Zeitkorridorsystematik.

Angabe/Bezeichnung in der letzten Spalte „Summe“:

- Die Summendarstellung der Zeitkorridore in den Zeilen „gebuchter Zeitkorridor“ und „kurzfristige Abwesenheit“ erfolgt wie folgt und in dieser Reihenfolge: ZK 1/ZK 2/ZK 3 (z.B. 3/5/2 oder 0/5/0, vgl. Summendarstellung im o.st. Muster-Leistungsnachweis).

- Es ist keine Summenangabe bei Leistungsbeginn (Uhrzeit) und Leistungsdauer (Stunden) notwendig. Die Felder sind wie im o.st. Muster-Leistungsnachweis nicht zu befüllen und deshalb schraffiert.
- In der Zeile bei „Hin-/Rückfahrt“ ist im Feld „Summe“ die Gesamtsumme der gefahrenen Kilometer aller tatsächlichen Anwesenheitstage einzutragen.

Angabe von Unterbrechungen im gebuchten Zeitkorridor:

- Zeitliche Unterbrechungen werden nicht im Leistungsnachweis eingetragen. Für die Abrechnung gilt der gebuchte Zeitkorridor (vgl. § 27 Abs. 1 und Abs. 3 des Rahmenvertrags).
- Die Leistungsdauer muss bezüglich der zeitlichen Unterbrechung angepasst werden (z.B. Abzug von zwei Stunden Unterbrechung aufgrund eines Arzttermins, vgl. Tag 3 des o.st. Muster-Leistungsnachweises).

Zeitliche Angabe für Leistungsbeginn und Leistungsdauer:

- Angabe ausschließlich in Stunden und Minuten (hh:mm) z.B. 09:00, 09:15 oder 09:30.
- Möglichst exakte Angabe des Leistungsbeginns und der Leistungsdauer (vgl. Tag 24 des o.st. Muster-Leistungsnachweises, manuelle Korrekturen sind in Computerprogrammen ggf. notwendig).
- Es ist darauf zu achten, dass sich ambulante und teilstationäre Leistungen zeitlich nicht überschneiden und sich daher die Angabe des Leistungsbeginns verändern kann.

Hin- und Rückfahrt:

- Angabe je angefahrenen Kilometer bei der Hin- und Rückfahrt (vgl. Berechnungsmodell mit Erläuterungen, Anlage 7 des Rahmenvertrags) für jeden tatsächlichen Anwesenheitstag. Keine Angabe von Dezimalstellen, sondern immer aufrunden auf eine ganze Zahl.
- Beispiel: Hin- und Rückfahrt umfassen je 4,3 KM. Dies entspricht je angefahrenen Kilometer 5 KM und ergibt für die Hin- und Rückfahrt insgesamt 10 KM pro tatsächlichen Anwesenheitstag.

Bestätigung der tatsächlichen An- und ggf. kurzfristigen Abwesenheiten:

- Die An- und ggf. Abwesenheit darf nicht standardmäßig durch bereits vorgegebenes Ankreuzen bestätigt werden.
- Die Bestätigung der tatsächlichen An- und ggf. Abwesenheitstage erfolgt durch das Ankreuzen der zutreffenden Felder am Ende des Leistungskalendermonats durch die jeweiligen Unterschriften.
- Falls es in dem jeweiligen Leistungskalendermonat keine kurzfristigen Abwesenheitstage gab, ist das entsprechende Feld nicht anzukreuzen.

Kurzfristige Abwesenheit mit Krankenhausaufenthalt

- Ereignisse und Krankheitsfälle, welche zu einer Einweisung direkt von der teilstationären Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus führen, zählen für den Leistungsnachweis sowie für die Abrechnung als normaler tatsächlicher Anwesenheitstag.

Überschreitung der 15 abrechenbaren kurzfristigen Abwesenheitstage im Kalenderjahr nach § 30 Abs. 6 des Rahmenvertrags**

- Überschreitet ein/e Pflegebedürftige/r die 15 abrechenbaren kurzfristigen Abwesenheitstage im Kalenderjahr, können weitere kurzfristige Abwesenheitstage weder mit den Kostenträgern noch mit dem/r Pflegebedürftigen oder Dritten abgerechnet werden (§ 30 Abs. 6 und Abs. 7 des Rahmenvertrags).
- Für die einrichtungsinterne Statistik sowie zur einfacheren Handhabung wird empfohlen, auch kurzfristige Abwesenheitstage ab dem 16. Tag in den Leistungsnachweis einzutragen.