Mainz, den 01.10.2014

Niederschrift und Beschluss

In dem Schiedsstellenverfahren

1. des **Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Rheinland e.V.,** vertr. d. d. Geschäftsführer Herrn Winfried Bauer und einem weiteren Vorstandsmitglied (nach Verfügbarkeit), Dreikaiserweg 4, 56068 Koblenz ,

2. des **Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Pfalz e.V.** , vertr. d. den Geschäftsführer Herrn Werner Wagner, Maximilianstraße 31 , 67433 Neustadt an der Weinstraße ,

3. des **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.**, vertr. d. d. Präsidenten
Herrn Bernd Meurer, Friedrichstraße 148, 10117 Berlin,

4. des **Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.,** vertr. d. Herrn Dr. Frank Johannes Hensel, Georgstraße 7, 50676 Köln,

5. des **Caritasverband für die Diözese Limburg e.V.,** vertr. d. den Diözesancaritasdirektor
Herrn Dr. Hejo Manderscheid, Graupfortstraße 5, 65549 Limburg an der Lahn,

6. des **Caritasverband für die Diözese Mainz e.V.,** vertr. d. den Vorstand Herrn Hans-Jürgen Eberhardt, Bahnstraße 32, 55128 Mainz,

7. des **Caritasverband für die Diözese Speyer e.V.,** vertr. d. den Vorsitzenden Domkapitular Karl-Ludwig Hundemer, Obere Langgasse 2, 67346 Speyer,

8. des **Caritasverband für die Diözese Trier e.V.,** vertr. d. die Vorstände Herrn Prälat Franz Josef Gebert und Frau Dr. Birgit Kugel, Sichelstraße 10, 54290 Trier,

9. des **Der PARITÄTISCHE Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.,** vertr. d. den Landesgeschäftsführer Herrn Wolfgang Krause, Feldmannstraße 92, 66119 Saarbrücken,

10. des **DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.,** vertr. d. Herrn Norbert Albrecht, Mitternachtsgasse 4, 55116 Mainz,

11. der **Diakonie Hessen - Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e.V.,** vertr. d. die Vorstände Herrn Pfarrer Dr. Wolfgang Gern (Vorsitzender), Herrn Dr. Harald Clausen, Herrn Wilfried Knapp und Herrn Landeskirchenrat Horst Rühl, Ederstraße 12, 60486 Frankfurt am Main ,

12. des **Diakonisches Werk Pfalz,** vertr. d. den Landespfarrer Herrn Albrecht Bähr, Karmeliterstraße 20, 67346 Speyer,

13. des **Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.,** vertr. d. Herrn Pfarrer Prof. Dr. Uwe Becker und Herrn Thomas Oelkers, Lenaustraße 41, 40470 Düsseldorf ,

- zu 1. – 13. vertreten durch den **PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.**, dieser vertr. d. d. Vorstandsvorsitzenden Albrecht Bähr und Bernd Meurer, Bauerngasse 7, 55116 Mainz –

14. des **Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.,** vertr. d. den Vorsitzenden Herr Peter Klein und den stellv Vorsitzenden Phillip Unger.

- Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen und Antragsteller –

gegen

1. **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse,** vertr. d. d. Vorstandsvorsitzende Frau Dr. Irmgard Stippler, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg;

2. **BKK-Landesverband Mitte**, vertr. d. d. Vorstandsvorsitzenden Klemens Pawisa, Siebstraße 4, 30171 Hannover ,

3. **IKK Südwest**, vertr. d. d. Vorstand Dr. Jörg Loth, Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken;

4. **Knappschaft-Bahn-See**, Regionaldirektion Saarbrücken, St. Johanner Straße 46/48, 66111 Saarbrücken;

5. **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse**, Luisenstraße 12, 34119 Kassel;

6. **Pflegekasse der BARMER GEK,** vertr. d. d. Vorstand, Lichtscheider Str. 89 42285 Wuppertal;

7. **Pflegekasse der Techniker Krankenkasse**, vertr. d. d. Vorstand, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg;

8. **Pflegekasse der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)**, vertr. d. d. Vorstand, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg;

9. **Pflegekasse der KKH-Allianz** (Ersatzkasse), vertr. d. d. Vorstand, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover;

10. **Pflegekasse der HEK - Hanseatische Krankenkasse**, vertr. d. d. Vorstand, Wandsbeker Zollstraße 86 – 90, 22041 Hamburg;

11. **Pflegekasse der hkk**, vertr. d. d. Vorstand, Martinistraße 26, 28195 Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter der Antragsgegner zu 6. – 11. mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertr. d. d. Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz;

- gemeinsam handelnd als Landesverbände der Pflegekassen -

unter Beiladung

1. des **Städtetag Rheinland-Pfalz e.V.,** vertr. d. d. Geschäftsführer Prof. Dr. Gunnar Schwarting, Freiherr-vom-Stein-Haus, Deutschhausplatz 1, 55116 Mainz;

2. des **Landkreistag Rheinland-Pfalz e.V.,** vertr. d. d. Vorstandsvorsitzenden Herrn Landrat
Herrn Hans Jörg Duppré, Freiherr-vom-Stein-Haus, Deutschhausplatz 1, 55116 Mainz;

3. **Land Rheinland-Pfalz, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz** für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Rheinallee 97-101, 55118 Mainz ;

4. des **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.**, vertr. d. d. Vorstand, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln;

5. des **Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz e.V.,** vertr. d. d. Frau Dr. Ursula Weibler-Villalobos, Albiger Straße 19d, 55232 Alzey

Wegen Festsetzung des Rahmenvertrags nach§ 75 Abs. 1 SGB XI und der Rahmenvereinbarung nach § 86 Abs. 3 SGB XI

Az: L-SchSt-P-2014-02

Sitzung der Schiedsstelle
Am 01.10.2014
Beginn: 9:30 Uhr
beim DiCV Mainz, Bahnstraße 32, 55128 Mainz

Anwesende: (siehe Teilnehmerliste)

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung um 9:30 und stellt die Beschlussfähigkeit fest.
Es wird in den Sach- und Streitstand eingeführt. Die Parteien erhalten sodann Gelegenheit zum Vortrag. Ergänzungen zu den bereits vorliegenden Schriftsätzen ergeben sich nicht.

Auf Nachfrage der Antragsgegnerinnen erklären sich die Antragsteller dazu bereit, Regelungen zu den Personalwerten, die vor Einführung der Pflegeversicherung galten, sowie Richtwerte zu den angemessenen kalkulatorischen Ansätzen für das Qualitätsmanagement sowie die Praxisanleitung abweichend vom Schiedsantrag auch in die zuletzt mit Schiedsstellenentscheidung vom 14.01.2013 festgesetzte Vereinbarung nach § 86 Abs. 3 SGB XI aufzunehmen.

Die Parteien werden sodann vom Vorsitzenden entlassen. Es ergeht sodann folgender

Schiedsspruch

Die Schiedsstelle hat hinsichtlich des streitig gebliebenen Wortlauts von Rahmenvertrag und Rahmenvereinbarung Entscheidungen getroffen.
Die Ergebnisse: Veränderungen und Ergänzungen des Wortlauts sind zur besseren Erkennbarkeit im nachfolgenden Wortlaut farblich hervorgehoben.

RAHMENVERTRAG
nach § 75 Abs. 1 SGB XI
zur vollstationären Pflege in Rheinland Pfalz

Zwischen

- ⇨ der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg
- ⇨ dem BKK-Landesverband Mitte, Mainz
- ⇨ der IKK Südwest, Saarbrücken
- ⇨ der Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken
- ⇨ der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel
- ⇨ den Ersatzkassen
  - BARMER GEK
  - Techniker Krankenkasse (TK)
  - DAK-Gesundheit
  - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
  - HEK - Hanseatische Krankenkasse
  - Handelskrankenkasse (hkk)

  gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertreten durch die Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz als Pflegekassen

als Landesverbände der Pflegekassen

unter Beteiligung

- ⇨ des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey
- ⇨ des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln

sowie

- ⇨ dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz, Mainz für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- ⇨ dem Landkreistag Rheinland-Pfalz und Städtetag Rheinland-Pfalz handelnd für die örtlichen Träger der Sozialhilfe

einerseits

und

- ⇨ der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Rheinland e.V., Koblenz
- ⇨ der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Pfalz e.V., Neustadt a. d. Weinstraße
- ⇨ dem Caritasverband für die Erzdiözese Köln, e.V., Köln
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Limburg e.V., Limburg
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Mainz e.V., Mainz
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Speyer e.V., Speyer
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Trier e.V., Trier
- ⇨ dem Diakonischen Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e.V., Frankfurt am Main
- ⇨ der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., Düsseldorf
- ⇨ dem Diakonischen Werk der Ev. Kirche der Pfalz, Speyer
- ⇨ dem Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Mainz
- ⇨ dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Rheinland Pfalz/Saarland e.V., Saarbrücken
- ⇨ dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, Mainz

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Mainz

- ⇨ dem Landesverband Rheinland-Pfalz des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, Mainz

als Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen **andererseits**

Präambel

Ziel dieses Rahmenvertrages ist die Sicherstellung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der vollstationären Pflege, die dem pflegebedürftigen Menschen helfen, ein möglichst selbstständiges und selbst bestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen. Dafür soll ein qualitatives, differenziertes, ausreichendes und umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, das die pflegebedürftigen Menschen entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen und ihrem individuellen Unterstützungsbedarf in Anspruch nehmen können. Für den Bereich der Behindertenhilfe findet dieser Rahmenvertrag keine Anwendung.

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen übernehmen nach Maßgabe dieses Vertrages und seiner Anlagen die Versorgung von Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen bei vollstationärer Pflege.
Dieser Vertrag ist für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz und die Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich (gem. § 75 Abs. 1 letzter Satz SGB XI).

Abschnitt I

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

§ 1
Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

(1) Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

(2) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI.

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

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen. Die Intimsphäre ist zu schützen. Der selbstverständliche Umgang mit dem Thema Ausscheiden / Ausscheidungen ist durch die Pflegekraft zu unterstützen.

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden;

dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit, das Schneiden von Fuß- und Fingernägeln soweit dies nicht risikobehaftet ist, das Haare waschen und -trocknen, Hautpflege, Intertrigoprophylaxe, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in.

- die Zahnpflege;

diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parotitisprophylaxe,

- das Kämmen;

einschl. Herrichten der Tagesfrisur,

- das Rasieren;

einschl. der Gesichtspflege,

- Darm- oder Blasenentleerung;

einschl. der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschl. der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine altersgerechte, ausgewogene Ernährung (einschl. notwendiger Diätkost) ist anzubieten. Der pflegebedürftige Mensch ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Bei Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrunde liegenden Problemen erforderlich.

Die Ernährung umfasst:

- das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung und Getränke;

hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, z.B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck, Verabreichung von Sondenkost.

- Hygienemaßnahmen

wie z.B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziele der Mobilität sind u. a. die Förderung der Beweglichkeit, dem Bedürfnis nach Bewegung gerecht zu werden sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

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

Die Mobilität umfasst:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;

das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellungen beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem pflegebedürftigen Menschen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontrakturen vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.

- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;

dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen pflegebedürftigen Menschen zum Aufstehen und sich zu bewegen, z.B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände.

- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung;

dabei sind solche Verrichtungen außerhalb der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des pflegebedürftigen Menschen erfordern (z. B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches). Ist eine Begleitung notwendig, ist diese im Bedarfsfall sicherzustellen.

- das An- und Auskleiden;

dies umfasst auch die Auswahl der Bekleidung gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen sowie ein An- und Ausziehtraining.

(4) Soziale Betreuung

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

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

Weiteres Ziel der sozialen Betreuung ist die Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung in der Pflegeeinrichtung, welche an der Erhaltung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen orientiert ist, soziale Integration anstrebt und die jeweiligen Aktivierungspotentiale ausschöpft.

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

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Einzugs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z. B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Im Bedarfsfall ist eine notwendige Begleitung sicherzustellen, (z. B. durch Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI) sofern diese nicht vorrangig durch Angehörige, andere Nahestehende oder ehrenamtlich tätige Personen erbracht werden kann. Ferner umfasst die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.

Hilfen der sozialen Betreuung sind ein Bestandteil der Tagesstrukturierung, die insbesondere für die Orientierung von geronto-psychiatrischen veränderten pflegebedürftigen Menschen unverzichtbar ist. Außerdem gehören hierzu auch Angebote der Einzelbetreuung u.a. für bettlägerige Bewohner.

Formen der sozialen Betreuung sind insbesondere:

- Gezielte Angebote für einzelne pflegebedürftige Menschen
  z.B. Maßnahmen der basalen Stimulation
- Gruppenangebote
- Angebote zur Förderung von Kontakten zu Personen, Gruppen und Institutionen des örtlichen Gemeinwesens.

Die Pflegeeinrichtung öffnet sich für ehrenamtliche Mitarbeiter und erschließt damit weitere Kontaktmöglichkeiten.

(5) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

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

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Sie werden vom behandelnden Arzt schrift-

lich angeordnet und verantwortet. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Die Maßnahmen der Behandlungspflege umfassen nicht die Bereitstellung der für die Leistungserbringung notwendigen Materialien.

§ 2
Unterkunft und Verpflegung

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

(2) Unterkunft umfasst insbesondere:

- Wohnen;

dieses umfasst die Bereitstellung von Wohn- und Gemeinschaftsräumen sowie sanitären Anlagen und der gemeinsam zu nutzenden Innen- und Außenanlagen der Pflegeeinrichtung.
Dem Wunsch des pflegebedürftigen Menschen nach Wohnen in einem Einzel- oder Doppelzimmer soll Rechnung getragen werden. Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben.

- Wäscheversorgung;

die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen, Trocknen und Bügeln der hierfür geeigneten und entsprechend mit dem Namen gekennzeichneten persönlichen Wäsche und Kleidung des pflegebedürftigen Heimbewohners (hierzu gehört nicht die chemische Reinigung der Kleidung).

- Reinigung;

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

- Wartung und Unterhaltung;

diese umfassen die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen.

- Ver- und Entsorgung;

hierzu zählen z. B. die Versorgung mit Wasser, Strom und Heizung sowie die Entsorgung von Abwasser und Abfall.

- Gemeinschaftsveranstaltungen;

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

(3) Verpflegung umfasst insbesondere:

- Speise- und Getränkeversorgung;

diese umfasst die Zubereitung und Bereitstellung von Speisen und Getränken (mindestens Tee und Mineralwasser), wobei die Wünsche der pflegebedürftigen Menschen und die ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse nach Möglichkeit zu berücksichtigen sind.

§ 3
Zusatzleistungen

(1) Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind die über das Maß des Notwendigen gemäß §§ 1 bis 2 hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung, die durch den pflegebedürftigen Menschen individuell wählbar und mit ihm schriftlich zu vereinbaren sind.

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

(3) Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und die Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe von den Pflegeeinrichtungen vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen.

Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die notwendigen Leistungen der vollstationären Pflege nicht beeinträchtigen.

§ 4
Formen der Hilfe

(1) Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

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

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

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

(3) Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf ab, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom pflegebedürftigen Menschen selbst durchgeführt und Eigen- oder Fremdgefährdungen, z.B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer, vermieden werden. Zur Anleitung gehört auch die Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens.

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

§ 5
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

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

(2) Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der pflegebedürftige Mensch zu beraten. Individuelle Ansprüche des pflegebedürftigen Menschen auf Gewährung von Hilfsmitteln nach SGB V werden hierdurch nicht berührt.

§ 6
Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

(1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die im § 1 aufgeführten Hilfen.

(2) Zur Unterkunft gehören die in § 2 Abs. 2 genannten Leistungen.

(3) Zur Verpflegung gehören die in § 2 Abs. 3 genannten Leistungen.

(4) Aufgrund einer fehlenden Verordnung gem. § 83 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zur Abgrenzung des Inhaltes der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI) von den Leistungen der Unterkunft und der Verpflegung (§ 87 SGB XI) und von den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) werden ersatzweise die Aufwendungen der allgemeinen Pflegeleistungen, der Aufwendungen für Unterkunft sowie der Aufwendungen für Verpflegung im Verhältnis 70:19:11 aufgeteilt. Dieses Aufteilungsverhältnis gilt übergangsweise bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit erforderlichen Veränderung des Vergütungssystems. Im Rahmen dieser Umstellung verpflichten sich die Vertragsparteien, die Angemessenheit dieser Aufteilung zu überprüfen und ggf. eine differenziertere Kostenabgrenzung vorzunehmen. Die in § 20 dieses Rahmenvertrages vereinbarten Freistellungen für Praxisanleitung und Qualitätsmanagement werden bis dahin abweichend von der grundsätzlichen Aufteilung 70:19:11 zu 100% dem Bereich Pflege zugerechnet.

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

Abschnitt II

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

§ 7
Bewilligung der Leistung

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

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

(3) Ist zum Zeitpunkt der Aufnahme eines pflegebedürftigen Menschen lediglich seine Heimpflegebedürftigkeit festgestellt, ohne dass bereits die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI erfolgt ist, kann vorläufig das Heimentgelt der Pflegeklasse II abgerechnet werden. Bei endgültiger späterer Einstufung in eine andere Pflegestufe erfolgt eine Spitzabrechnung.

§ 8
Wahl der Pflegeeinrichtung

(1) Der pflegebedürftige Mensch ist in der Wahl der Pflegeeinrichtung gem. SGB XI frei.

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

§ 9
Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

(1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem pflegebedürftigen Menschen einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz ab. Dieser gewährleistet, dass die in den Verträgen und Empfehlungen nach dem siebten und achten Kapitel des SGB XI zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen nach § 69 SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.

(2) Die Pflegeeinrichtung überlässt den Landesverbänden der Pflegekassen ein jeweils gültiges Muster des Vertrages nach Abs. 1.

§ 10
Organisatorische Voraussetzungen

(1) Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

a) die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,

b) die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,

c) die ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden.

d) ein polizeiliches Führungszeugnis für die verantwortliche Pflegefachkraft.

(2) Die Pflegeeinrichtung teilt den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich die nachfolgend aufgeführten strukturellen Veränderungen in der Einrichtung mit:

- Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft mit Vorlage der entsprechenden Nachweise gem. § 71 Abs. 3 SGB XI und der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI.
- Wechsel des Betriebssitzes des Trägers
- Trägerwechsel
- Änderungen der Platzzahl
- Namensänderungen der Pflegeeinrichtung

§ 11
Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zu erbringen.

§ 12
Leistungsfähigkeit

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

Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn entsprechend dem Versorgungsauftrag die Leistungskapazität der Einrichtung erschöpft ist oder die besondere - von der Einrichtung betreute - Zielgruppe einer Aufnahme entgegensteht. Das Kündigungsrecht nach § 11 und § 12 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleibt unberührt.

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

(3) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den pflegebedürftigen Menschen und den Pflegekassen die beauftragende Pflegeeinrichtung.

§ 13
Mitteilungen

(1) Die Pflegeeinrichtung teilt im Einvernehmen mit dem pflegebedürftigen Menschen der zuständigen Pflegekasse mit, wenn Ihrer Einschätzung nach

- Maßnahmen der Prävention angezeigt erscheinen,
- die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist,
- der Pflegezustand oder die Pflegesituation des pflegebedürftigen Menschen sich verändert (Wechsel der Pflegestufe).

(2) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet die zuständige Pflegekasse unverzüglich über die Aufnahme und Entlassung des pflegebedürftigen Menschen. Für die Meldungen sollen die jeweils zwischen den Vertragspartner abgestimmten Formulare verwendet werden.

(3) Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich schriftlich über ihre Leistungszuständigkeit, sobald ihr gegenüber der pflegebedürftige Mensch erklärt hat, welche Pflegeeinrichtung er wählt. Diese Information enthält die wesentlichen Inhalte des Leistungsbescheides für den pflegebedürftigen Menschen, insbesondere Aussagen darüber, ob Anspruch auf Leistungen der vollstationären Pflege besteht, die Zuordnung des pflegebedürftigen Menschen zu einer Pflegestufe, die Einstufung als Härtefall sowie die Leistungshöhe. Änderungen dieser Sachverhalte sind ebenfalls unverzüglich der Pflegeeinrichtung mitzuteilen.

§ 14
Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

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

§ 15
Dokumentation der Pflege

(1) Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der verbindlichen Anforderungen in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten.

Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet u. a.

- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln.

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

(2) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind jeweils in der Pflegedokumentation zu erfassen und von der ausführenden Pflegekraft zu bestätigen.

§ 16
Abrechnungsverfahren

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

(4) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,

a) in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pflegetage, ggf. Grund und Dauer der Abwesenheit und den Pflegesatz aufzuzeichnen.

b) in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie

c) die Versichertennummer des pflegebedürftigen Menschen gemäß § 101 SGB XI sowie seine Pflegekasse anzugeben.

Für die Abrechnung sollen die jeweils zwischen den Vertragspartner abgestimmten Formulare verwendet werden.

(5) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung sind Teil dieses Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI.[1]

(6) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen durch die Pflegeeinrichtung von pflegebedürftigen Menschen weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.

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

§ 17
Zahlungsweise

(1) Der dem pflegebedürftigen Heimbewohner zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig. Die Rechnungen sind bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.

(2) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung der Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit Schuld befreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen

---

[1] Zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Rahmenvertrages wird davon ausgegangen, dass die Regelung zum Datenträgeraustausch gem. § 105 Abs. 2 SGB XI keine Anwendung auf den Bereich der vollstationären Pflege findet. Sofern bundes- oder landesgesetzliche bzw. vertragliche Regelungen in der Zukunft anderes vorsehen, werden die Vertragsparteien sich rechtzeitig über die Umsetzung verständigen.

Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Pflegekasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

(3) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 2 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Pflegekasse zuzuleiten.

(4) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. der vertraglichen Grundlagen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen mit den Pflegekassen abgerechnet, ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen. Das vertragswidrige Verhalten der Pflegeeinrichtung kann unter den Voraussetzungen des § 74 Abs. 2 SGB XI die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen.

§ 18
Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 19
Datenschutz

(1) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Die Pflegeeinrichtung hat ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

Abschnitt III

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

§ 20
Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

(1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung muss unbeschadet aufsichtsrechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der pflegebedürftigen Menschen gewährleisten. Grundlage sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI und die Expertenstandards nach § 113 a SGB XI.

(2) Die Vereinbarungspartner vereinbaren, die Personalanhaltswerte mit Ausnahme der in diesem Rahmenvertrag geregelten Personalwerte für den Bereich Pflege und soziale Betreuung vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung in Rheinland-Pfalz unter Berücksichtigung der Anforderungen des SGB XI zu erhalten. Eine entsprechende Konkretisierung erfolgt in der Rahmenvereinbarung nach § 86 (3) SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz.

(3) Die mit den Kostenträgern nach § 85 SGB XI zu vereinbarenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und für Unterkunft und Verpflegung müssen es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dabei sind insbesondere die für die Pflegeeinrichtung geltenden gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen, sowie die vertraglichen Regelungen dieses Rahmenvertrages, der Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI und der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI zu beachten. Die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter sind immer als wirtschaftlich angemessen zu werten.

(4) Gemäß § 75 Abs. 3 SGB XI werden folgende Personalwerte für den Bereich Pflege und soziale Betreuung als Mindeststandard vereinbart:

a)

Pflegestufe 0	1 : 8,60
Pflegestufe I	1 : 4,20
Pflegestufe II	1 : 2,80
Pflegestufe III	1 : 1,80

Ab dem 01.01.2016 gelten folgende Personalwerte für den Bereich Pflege und Soziale Betreuung als Mindeststandard:

Pflegestufe 0	1 : 7,00
Pflegestufe I	1 : 3,80
Pflegestufe II	1 : 2,65
Pflegestufe III	1 : 1,80

b) Für die soziale Betreuung gemäß § 1 Abs. 4 dieses Rahmenvertrags wird eine Personalausstattung von 1 : 50 berücksichtigt.

(5) Abweichend von den Mindestpersonalwerten des Absatz 4 können Einrichtungen, die z. B. ein Hausgemeinschaftskonzept mit einer zusätzlichen konzeptabhängigen Personalisierung durch Präsenzkräfte vorhalten, die Aufgaben der Pflege mit einem geringeren Anteil von Pflegefachkräften an den Pflegekräften insgesamt erbringen. Die sich aus dem Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner ergebenden pflegefachlichen Erfordernisse müssen dabei gewährleistet sein. Die Richtwerte können im Rahmen der einrichtungsindividuellen Verhandlung überschritten werden, wenn dies zur fachgerechten Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen erforderlich ist (Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf) oder wenn besondere konzeptionelle und/oder strukturelle Tatbestände einen personellen Mehrbedarf erforderlich machen. Die Zuordnung zu Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf erfolgt in geeigneter Form; vorhandene fachlich anerkannte Verfahren sind anzuwenden.

Welche Leistungen im Hinblick auf den besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf zu erbringen sind bzw. erbracht werden sollen, ist anhand konzeptioneller Grundlagen nachvollziehbar darzulegen. Die besonderen Leistungen und das sich daraus ergebende Personal sind in der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Abs. 5 SGB XI zu vereinbaren.

(6) Die Personalrichtwerte dürfen in begründeten Fällen unterschritten werden, sofern die fachgerechte Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen nicht gefährdet wird.

(7) Zusätzlich zu der sich aus Abs. 4 ergebenden personellen Ausstattung wird folgendes Personal bzw. folgender kalkulatorische Ansatz berücksichtigt:

- Für die verantwortliche Pflegefachkraft wird je Pflegeeinrichtung in der Regel eine Vollzeitkraft berücksichtigt.

- Die Aufwendungen, die durch die an die Einrichtung gestellten Anforderungen im Bereich Qualitätsmanagement entstehen, sind durch einen angemessenen kalkulatorischen Ansatz zu berücksichtigen. Dieser ist so zu bemessen, dass er es der Einrichtung ermöglicht, die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zu erfüllen. Eine entsprechende Konkretisierung erfolgt in der Rahmenvereinbarung nach § 86 (3) SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz. Bei Trägern mit mehreren Einrichtungen und einem einrichtungsübergreifendem Qualitätsmanagement muss gewährleistet sein, dass die einkalkulierten Ressourcen zum überwiegenden Teil in der Einrichtung eingesetzt werden.

- Für darüber hinaus gehende Aufgaben der Einrichtung zur Teilhabesicherung, Sozialraumorientierung oder den Auf- und Ausbau eines Netzes zur Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie zur weiteren Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement, kann mit der Pflegeeinrichtung zusätzlich vereinbart werden,
  - bei Einrichtungen bis 50 Plätze 0,5 VZK
  - bei Einrichtungen über 50 Plätze maximal 1,0 VZK

  sofern die Einrichtung über ein entsprechendes Konzept verfügt.

  Die mit der ehrenamtlichen Unterstützung gemäß § 82 b SGB XI darüber hinaus verbundenen Sachkosten sind in den Pflegesätzen zu berücksichtigen.

(8) Mindestens 50% der Pflege- und Betreuungskräfte müssen Fachkräfte im Sinne der LWTG - DVO sein, soweit nicht gemäß § 14 Abs. 2 der LWTG - DVO einer Abweichung zugestimmt wurde. Maßgeblich ist die jeweils gültige Regelung der LWTG - DVO. Bei Überschreitung der Personalwerte gem. Abs. 5 wird die zusätzliche Beschäftigung von Nichtfachkräften nicht zur Ermittlung der Fachkraftquote herangezogen.

(9) Einrichtungen, die Altenpfleger/innen und Altenpflegehelfer/innen ausbilden, haben die Aufwendungen für die Praxisanleitung durch einen angemessenen kalkulatorischen Ansatz zu berücksichtigen. Dieser ist so zu bemessen, dass er es der Einrichtung ermöglicht, die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zu erfüllen. Eine entsprechende Konkretisierung erfolgt in der Rahmenvereinbarung nach § 86 (3) SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz.

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

(11) Die Personalausstattung ab dem 01.01.2016 ist mit Beginn der ersten auf diesen Zeitpunkt folgenden Vereinbarung nach § 84 Abs. 5 Satz 2 Nr. 2 SGB XI vorzuhalten. Auf Einrichtungen, die Vergütungsvereinbarungen vor dem Inkrafttreten des Rahmenvertrages abgeschlossen haben, ist die Mindestpersonalausstattung ab dem 01.01.2016 bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung unter Zugrundelegung der Mindestpersonalwerte nicht anzuwenden.

Ab dem 01.01.2019 sind alle Einrichtungen dazu verpflichtet, die vorgenannte Mindestpersonalausstattung nach § 20 Abs. 4 vorzuhalten.

Vergütungsvereinbarungen im Rahmen der kostenbezogenen Vergütungsanpassung oder eines vereinfachten Verfahrens nach § 9 der Rahmenvereinbarung gem. § 86 Abs. 3 SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege bleiben hiervon unberührt.

Hinsichtlich des Personaleinsatzes wird auf Abs. 14 verwiesen.

(12) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI.

Beim Einsatz des Personals sind

- die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen zur selbstständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- die Notwendigkeit zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme oder zur Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie
- die Risikopotentiale bei den pflegebedürftigen Menschen

zu berücksichtigen.

Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.

(13) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach. Ein Wechsel in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft ist den Landesverbänden der Pflegekassen zusammen mit den Nachweisen der fachlichen Qualifikation (Ausbildungszeugnis, Nachweis Berufserfahrung und Nachweis über eine leitungsbezogene Weiterbildung) anzuzeigen.

(14) Das in der Pflegesatzvereinbarung gem. § 84 Abs. 5 SGB XI vereinbarte Personal muss tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt werden. Dieser Nachweis ist durchschnittlich bezogen auf einen angemessenen Zeitraum (i.d.R. ein Jahr) und nicht stichtagsbezogen zu erbringen.

Externe Dienstleistungen, geringfügig Beschäftigte, Mehrarbeitsstunden und andere Formen des Personaleinsatzes sind – soweit nachgewiesen – entsprechend zeitlich anzurechnen.

Altenpflegeschülerinnen und -schüler sind im Verhältnis 1 zu 7 auf die Personalausstattung der Pflegehilfskräfte anzurechnen.
Praktikanten, BFD, FSJ werden, sofern Sie eine Vergütung von mindestens 250 Euro monatlich erhalten, wertmäßig im Verhältnis zu den kalkulierten Personalkosten einer Pflegehilfskraft der Einrichtung als Hilfskraft angerechnet.
Geringfügig Beschäftigte werden entsprechend ihrer Tätigkeit und ihrer vereinbarten Wochenarbeitszeit im Verhältnis zur Regelwochenarbeitszeit angerechnet.
Mehrarbeit und Überstunden werden mit dem Faktor 1,2 multipliziert und entsprechend der Wochenarbeitszeit auf die Vollzeitstellen für Fachkräfte und Nichtfachkräfte angerechnet.
Bezüglich der Wochenarbeitszeit gelten die gesetzlichen, tariflichen und vertraglich vereinbarten Regelungen, wobei eine Vollzeitstelle mindestens 38,5 Wochenstunden voraussetzt.
Altersteilzeit wird bei Ausübung im Blockmodell so angerechnet, wie der tatsächliche Arbeitseinsatz erfolgt (Arbeitsblock = volle Anrechnung; Freizeitblock = keine Anrechnung)

Im Rahmen dieses Nachweises wird die Gesamtstellenzahl für Pflege und soziale Betreuung auf der Grundlage der Personalwerte des Abs. 4 ermittelt. Innerhalb dieser Gesamtstellenzahl kann das Verhältnis des Personals von Pflege und soziale Betreuung (unter Beachtung der vereinbarten Fachkraftquote) von der Pflegeeinrichtung flexibel gestaltet werden.

(15) Änderungen in der Struktur des Hilfeangebots der Pflegeeinrichtung sind den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich mitzuteilen.

§ 21
Arbeitshilfen

Die Pflegeeinrichtung hat für die Leistungserbringung im erforderlichen Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten.

§ 22
Nachweis des Personaleinsatzes

Die Dienstpläne sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Bei der Dienstplanung des Personals sind

- die Arbeitszeit und die Qualifikation des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten, insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- die Zeiten, die für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Einzelfall einschließlich der dazu gehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene im Sinne des § 8 SGB XI wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben

  die pflegefachliche Aufsicht

angemessen zu berücksichtigen.

Abschnitt IV

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

§ 23
Prüfung durch die Pflegekassen

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

§ 24
Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

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

Auf Wunsch des pflegebedürftigen Menschen findet die Untersuchung nach Möglichkeit in Gegenwart einer Pflegefachkraft seines Vertrauens statt.

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

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

§ 25
Information

(1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 23 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.

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

Abschnitt V

Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit aus der Pflegeeinrichtung und Rückerstattung für ausschließlich sondenernährte Menschen

§ 26
Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit aus der Pflegeeinrichtung sowie Rückerstattung für ausschließlich sondenernährte Menschen

(1) Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen von der Pflegeeinrichtung für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte.

(2) Bei vorübergehender Abwesenheit bis zu drei Kalendertagen, ist das Heimentgelt in unverminderter Höhe weiter zu entrichten. Soweit die Abwesenheit drei Kalendertage überschreitet, sind ab dem vierten vollen Kalendertag Abschläge in Höhe von 40 von Hundert der Pflegevergütung (ohne Ausbildungsrefinanzierungsbetrag), der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der Zuschläge nach § 92 b SGB XI vorzunehmen. Kalendertage im Sinne dieser Regelung sind die Tage, an denen der pflegebedürftige Mensch von 0 bis 24 Uhr abwesend ist.

(3) Die Abwesenheit des pflegebedürftigen Menschen ist den jeweiligen Kostenträgern unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Ist erkennbar, dass der pflegebedürftige Mensch nicht mehr in die Pflegeeinrichtung zurückkehrt, wirkt die Pflegeeinrichtung auf eine unverzügliche Beendigung des Heimvertrages hin.

(4) Wird ein pflegebedürftiger Mensch ausschließlich und dauerhaft durch Sondennahrung auf Kosten Dritter (z.B. Krankenversicherung) versorgt, verringert sich das Entgelt für die Verpflegung kalendertäglich um einen pauschalen Betrag von 4,40 Euro. Die Angemessenheit dieses Kürzungsbetrags wird alle 3 Jahre von den Vertragsparteien überprüft.

(5) Im Falle der Abwesenheit des pflegebedürftigen Menschen nach Abs. 4 erfolgt ab dem 4. Abwesenheitstag kein weiterer Abschlag gem. Abs. 4 auf das Entgelt für Verpflegung.

Abschnitt VI

Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI

§ 27
Zugang

(1) Zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung der Pflegeeinrichtung nach den Abschnitten IV und VII dieser Vereinbarung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder einem sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Prüfer nach vorheriger Terminvereinbarung der Zugang zu der Pflegeeinrichtung zu gewähren. Die Regelungen des § 114 SGB XI bleiben hiervon unberührt.

(2) Die Pflegeeinrichtung kann von den zur Prüfung berechtigten Personen die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.

§ 28
Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

Vertreter der Pflegeeinrichtung haben das Recht an der Prüfung teilzunehmen. Die Pflegeeinrichtung stellt die Voraussetzungen hierfür sicher.

Abschnitt VII

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

§ 29
Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten die Vorschriften der §§ 79 und 116 SGB XI sowie die nachfolgenden Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze.

§ 30
Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 30 Abs. 2 keine Einigung zustande, können die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen alleine bestellen.

(2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.

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

§ 31
Abwicklung der Prüfung

(1) Ausgangspunkt der Prüfung ist der im Versorgungsvertrag beschriebene Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung und die Anhaltspunkte nach § 79 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, dass die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ganz oder teilweise nicht erfüllt werden.

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

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

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

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

§ 32
Prüfungsbericht

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

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

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

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

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

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

§ 33
Prüfungskosten

Die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind von dem Träger der geprüften Pflegeeinrichtung zu tragen. Sie sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

§ 34
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.

(2) Er kann durch die Parteien des Rahmenvertrages mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende gekündigt werden. Für den Fall der abschnittsweisen Kündigung gelten die übrigen Abschnitte des Vertrages weiter.

Die Vertragsparteien verpflichten sich, für den Fall der Kündigung oder der teilweisen Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Vertrag bzw. neue einzelne Bestimmungen einzutreten. Dies gilt auch wenn Rechtsänderungen auf Inhalte dieses Vertrages einwirken.

(3) Die gekündigten Vereinbarungen bleiben über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien verbindlich, bis sie durch eine neue vertragliche Regelung ersetzt werden.

Rahmenvereinbarung gem. § 86 Absatz 3 SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege[2] nach dem 8. Kapitel des SGB XI in Rheinland-Pfalz

Zwischen

- ⇨ der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg
- ⇨ dem BKK-Landesverband Mitte, Mainz
- ⇨ der IKK Südwest, Saarbrücken
- ⇨ der Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken
- ⇨ der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel
- ⇨ den Ersatzkassen
  - BARMER GEK
  - Techniker Krankenkasse (TK)
  - DAK-Gesundheit
  - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
  - HEK - Hanseatische Krankenkasse
  - Handelskrankenkasse (hkk)

  gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertreten durch die Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz als Pflegekassen

als Landesverbände der Pflegekassen in Rheinland-Pfalz

unter Beteiligung

- ⇨ des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln

sowie

- ⇨ dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz, Mainz für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- ⇨ dem Landkreistag Rheinland-Pfalz und Städtetag Rheinland-Pfalz, Mainz handelnd für die örtlichen Träger der Sozialhilfe

- einerseits -

und

- ⇨ der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Rheinland e.V., Koblenz
- ⇨ der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Pfalz e.V., Neustadt a. d. Weinstraße
- ⇨ dem Caritasverband für die Erzdiözese Köln, e.V., Köln
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Limburg e.V., Limburg
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Mainz e.V., Mainz
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Speyer e.V., Speyer
- ⇨ dem Caritasverband für die Diözese Trier e.V., Trier
- ⇨ dem Diakonischen Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e.V., Frankfurt am Main
- ⇨ der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., Düsseldorf
- ⇨ dem Diakonischen Werk der Ev. Kirche der Pfalz, Speyer
- ⇨ dem Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Mainz
- ⇨ dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Rheinland Pfalz/Saarland e.V., Saarbrücken
- ⇨ dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, Mainz

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Mainz

- ⇨ dem Landesverband Rheinland-Pfalz des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, Mainz

als Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen

- andererseits-

---

[2] Die Rahmenvereinbarung gilt auch für sog. "eingestreute" Kurzzeitpflegeplätze.

§ 1

Ziel dieser Rahmenvereinbarung

(1) Diese Rahmenvereinbarung hat das Ziel für Vergütungsverfahren nach dem 8. Kapitel des SGB XI landesweit einheitliche Richtlinien festzulegen, um so unter Berücksichtigung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für die Leistungen der vollstationären Pflege und der Kurzzeitpflege für sog. "eingestreute" Plätze Sicherheit und Klarheit sowie gleiche Verfahrensbedingungen für die in § 85 SGB XI genannten Vertragsparteien in Rheinland-Pfalz zu schaffen.

(2) Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, den qualitativen Stand der Betreuung und Versorgung vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung in Rheinland-Pfalz unter Berücksichtigung der Anforderungen des SGB XI mindestens zu erhalten. Bei der Vergütungsverhandlung gelten daher die sich aus der heimindividuellen Belegungsstruktur im ersten Halbjahr 1996, auf Basis der damaligen Berechnungsgrundlagen ermittelten, Personalwerte aller Leistungsbereiche. Veränderungen nach Inkrafttreten des SGB XI können im Rahmen der Einzelverhandlungen berücksichtigt werden.

(3) Die Rahmenvereinbarung gilt hinsichtlich der verfahrensmäßigen Regelungen, der Zusammensetzung der Vergütung sowie deren Anpassung auch für Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII für Pflegebedürftige ohne Anspruch nach dem SGB XI (sog. Pflegestufe Null). Die rechtlichen Vorschriften zum Bereich der Investitionskosten bleiben von dieser Rahmenvereinbarung unberührt.

§ 2

Grundsätze

(1) Die Vergütungsvereinbarung ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, bei dem sich alle Vertragsparteien gleichrangig und gleichberechtigt gegenüberstehen.

(2) Die Vergütungsvereinbarung ist schriftlich und für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen.

(3) Die separate Verhandlung eines Pflegesatzes einer einzelnen Pflegeklasse oder des Entgeltes für Unterkunft und Verpflegung ist nicht möglich.

§ 3

Vertragsparteien/Beteiligte des Vergütungsverfahrens

(1) Vertragsparteien

Die Vertragsparteien des Vergütungsverfahrens gemäß §§ 85 und 87 SGB XI sind

- der Träger des entsprechenden Pflegeheimes;

  und

  - ➢ die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften in Rheinland-Pfalz laut Anlage 1 zu dieser Vereinbarung;
  - ➢ sowie die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe,

  soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlung jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen.

  Für die Feststellung dieses Belegungsanteils wird hilfsweise mit der entsprechenden Anlage der "Gemeinsamen Formularblätter der Sozialleistungsträger und der Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Landesebene für die Ermittlung von Pflegesätzen und Entgelten in Rheinland-Pfalz" gem. § 5 Absatz 1 und 2 dieser Rahmenvereinbarung der prozentuale Anteil des jeweiligen Sozialleistungsträgers oder seiner Arbeitsgemeinschaft an der Gesamtsumme der Heimentgelte ermittelt, die das entsprechende Pflegeheim im Jahr vor der Pflegesatzverhandlung für seine Leistung erhalten hat.

  Bei neu in Betrieb gehenden Einrichtungen sind neben dem Einrichtungsträger die Pflegekasse der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, die Arbeitsgemeinschaft des VdeK e.V., der BKK-SVLFG-KBS (ARGE) sowie der IKK Südwest und der zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe die Vertragsparteien des Vergütungsverfahrens.

(2) Beteiligte

Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Vergütungsverfahren beteiligen.

(3) Handlungsvollmachten

Gemäß den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts kann sich jede Vertragspartei bei den Vergütungsverhandlungen und dem Abschluss der Vergütungsvereinbarung durch Dritte vertreten lassen.

Macht eine Vertragspartei von dieser Möglichkeit Gebrauch, so ist die schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht den übrigen Vereinbarungspartnern vor Verhandlungsbeginn vorzulegen.

(4) Sachverständige

Den Pflegesatzparteien ist das Hinzuziehen von Sachverständigen unbenommen.

§ 4

Aufforderung zu Vergütungsverhandlungen

(1) Grundsätzlich kann jede Vertragspartei gem. § 3 Absatz 1 dieser Rahmenvereinbarung zu Vergütungsverhandlungen auffordern.

(2) Fordert der Träger eines Pflegeheimes zur Vergütungsverhandlung auf, so richtet er gleichzeitig mit der Aufforderung sein Angebot an die Vertragsparteien gemäß § 3 Absatz 1 dieser Rahmenvereinbarung.

(3) Die Aufforderung zum Vergütungsverfahren durch einen Sozialleistungsträger gilt immer im Namen aller Sozialleistungsträger.

§ 5
Einzureichende Unterlagen

(1) Der Träger des Pflegeheimes hat in den von ihm einzureichenden Unterlagen gem. § 85 Absatz 3 Satz 2 SGB XI Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, darzulegen. Die Angaben des Pflegeheimes sollen sich auf den Pflegesatzzeitraum nach § 7 dieser Rahmenvereinbarung beziehen.

(2) Die Vertragspartner dieser Vereinbarung empfehlen hierfür die "Gemeinsamen Formularblätter der Sozialleistungsträger und der Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Landesebene für die Ermittlung von Vergütungssätzen und Entgelten in Rheinland-Pfalz" laut Anlage 2 und die „Angaben über die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI", die der Kalkulation der o.g. gemeinsamen Formularblätter zugrunde liegen und mit der Pflegesatzvereinbarung zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden sollen. Darüber hinaus ist die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessensvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. Mit Einreichung dieser Unterlagen beginnt die Frist nach § 6 dieser Rahmenvereinbarung.

(3) § 85 Absatz 3 SGB XI gilt uneingeschränkt. Die Sozialleistungsträger können sich, soweit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, von der Einrichtung zusätzlich hierfür geeignete Unterlagen und Angaben vorlegen lassen. Das Nachfordern zusätzlicher Unterlagen hat auf die in § 6 dieser Vereinbarung genannten Fristen keine Auswirkungen.

§ 6
Fristen

(1) Fordert der Träger der Einrichtung die übrigen Vertragsparteien schriftlich zur Vergütungsverhandlung auf, so beginnt die 6-Wochenfrist nach § 85 Abs. 5 Satz 1 SGB XI mit dem Tag des Eingangs der einzureichenden Unterlagen gem. § 5 Absatz 1 und 2 dieser Rahmenvereinbarung bei den genannten Sozialleistungsträgern.

(2) Fordern die Sozialleistungsträger zu Vergütungsverhandlungen auf, so beginnt die 6-Wochenfrist nach § 85 Abs. 5 Satz 1 SGB XI mit dem Tag des Eingangs der einzureichenden Unterlagen gem. § 5 Absatz 1 dieser Rahmenvereinbarung bei den Sozialleistungsträgern, spätestens jedoch nach Ablauf von vier Wochen nach Eingang des Aufforderungsschreibens beim Träger der Einrichtung.

§ 7
Pflegesatzzeitraum

Die Vergütungsvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen.

§ 8
Eckpunkte des Vergütungsverfahrens

(1) Im Rahmen des Verhandlungsverfahrens nach dieser Rahmenvereinbarung werden sämtliche Heimentgeltbestandteile für die Pflegeklassen 0-III, mit Ausnahme der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen vereinbart. Dabei ist der Versorgungsaufwand, den die pflegebedürftigen Menschen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen, zu berücksichtigen.

(2) Bei der Kalkulation der Vergütungssätze sind die Grundsätze und Maßstäbe für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung nach § 20 des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für Leistungen der vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz zu beachten.

(3) Für die nicht im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege in Rheinland-Pfalz geregelten Personalwerte wird der Stand vor Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung (01.07.1996) zugrunde gelegt. Diese von der Pflegesatzkommission (BSHG) angewendeten Personalanhaltswerte lauteten für die genannten Bereiche wie folgt: Leitung / Sonderdienste 1:30 (bezogen auf die Sollplatzzahl), Küche/Hauswirtschaft 1:6,74 (5,78-7,7), Wäscherei 1:30, Hausmeister 1:50, Verwaltung 1,5:50 / 2,0:75 / 3,0:120 / 4,0:200 (jeweils ohne Zentralverwaltung und bezogen auf die Durchschnittsbelegung).

(4) Für die Aufwendungen, die durch die an die Einrichtung gestellten Anforderungen im Bereich Qualitätsmanagement entstehen, ist von einem angemessenen kalkulatorischen Ansatz, der einer Relation von einer entsprechend qualifizierten Vollzeitstelle auf 110 Plätze entspricht (1:110), auszugehen.

(5) Für Einrichtungen, die Altenpfleger/innen und Altenpflegehelfer/innen ausbilden, sind die Aufwendungen für die Freistellung der Praxisanleitung durch einen angemessenen kalkulatorischen Ansatz zu berücksichtigen. Dieser ist so zu bemessen, dass ab dem ersten Auszubildenden ein Basisansatz von 0,2 Vollzeitstellen vorzuhalten ist. Insgesamt ist eine Relation von 1,0 Vollzeitstellen für 10 Auszubildende als sachgerecht anzusehen. Voraussetzung für die Vereinbarung der Freistellung ist eine konzeptionelle Grundlage bzw. ein (Kurz-)Konzept für die Praxisanleitung.

(6) Die Äquivalenzziffern zur Ermittlung der Pflegesätze der einzelnen Pflegestufen bleiben mit

0,7	für die Pflegeklasse	0
1,0	für die Pflegeklasse	I
1,3	für die Pflegeklasse	II
1,8	für die Pflegeklasse	III

bestehen.

(4) Die Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Leistungen der Unterkunft und der Verpflegung sowie Zusatzleistungen ergibt sich gemäß § 6 des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege in Rheinland-Pfalz.

(5) Die auf dieser Basis ermittelten Entgelte für Unterkunft und der Verpflegung entsprechen den Anforderungen des § 87 SGB XI, das heißt sie stehen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen.

(6) Bei der Kalkulation der Vergütungen nach Absatz 1 ist die Abwesenheitsregelung des § 26 des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für Leistungen der vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz auf der Basis eines Auslastungsgrades von 95 v. H. zu berücksichtigen. Abweichungen hiervon sind nur im Einvernehmen der Vertragsparteien nach § 3 Absatz 1 dieser Rahmenvereinbarung möglich.

§ 9
Kostenbezogene Vergütungsanpassung und vereinfachtes Verfahren

(1) Die Parteien dieser Rahmenvereinbarung können kalenderjährlich Verhandlungen über eine pauschale Anpassung der Vergütungen führen.

(2) Die Träger der Pflegeheime, die sechs Wochen vor dem Zeitpunkt einer pauschale Anpassung der Vergütungen weder nach § 4 Absatz 2 dieser Rahmenvereinbarung zu einer Vergütungsverhandlung aufgefordert haben noch nach § 4 Absatz 3 dieser Rahmenvereinbarung zu einer Vergütungsverhandlung aufgefordert worden sind, haben die Möglichkeit die pauschale Anpassung der Vergütung anzunehmen.

(3) Zur Vereinfachung des Vergütungsverfahrens, insbesondere zur Umsetzung der personellen Veränderungen (Qualitätsmanagement, Praxisanleitung) des § 20 des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege in Rheinland-Pfalz, können die Vertragsparteien ein vereinfachtes Verfahren mit gesonderten Formularblättern vereinbaren und anwenden.

§ 10
Laufzeit und Kündigung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.01.2015 in Kraft.

(2) Sie kann durch die Parteien der Rahmenvereinbarung mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Für den Fall der teilweisen Kündigung gelten die übrigen Regelungen der Rahmenvereinbarung weiter.

(3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, für den Fall der Kündigung oder der teilweisen Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Rahmenvereinbarung bzw. neue einzelne Bestimmungen einzutreten. Dies gilt auch, wenn Rechtsänderungen auf Inhalte dieses Vertrages einwirken.

[Ende des Schiedsspruchs]

Begründung

Die Regelungen, bei denen im Vorfeld von den Verfahrensbeteiligten eine Einigung nicht erzielt werden konnte, hat die Schiedsstelle mit den nachfolgenden Begründungen festgesetzt:

1. Allgemeine Begründung für eine Festsetzung, soweit im Einzelfall auf eine spezielle Begründung verzichtet werden kann.
2. Besondere, konkrete Begründung, soweit das Thema dies erfordert.

1. Allgemeine Begründung:

Die vorgenommenen Änderungen des Rahmenvertrages waren notwendig, um im heutigen Verständnis eine wirksame vollstationäre Pflege pflegebedürftiger Personen sowohl in pflegerischer als auch wirtschaftlicher Hinsicht ein möglichst selbständiges, selbstbestimmtes und würdevolles Leben zu gewährleisten. Die Erkenntnis, verbesserte Personalansätze in zukünftigen Verhandlungen zu vereinbaren, war bereits in § 20 Abs. 4 und Abs. 7 des zum 01.01.2011 in Kraft getretenen Rahmenvertrags enthalten und wird nun durch Schiedsstellenbeschluss vollzogen. Diese allgemeine Begründung gilt für sämtliche von der Schiedsstelle festgesetzten streitigen Regelungen, soweit nicht nachfolgend unter 2. besondere Begründungen vorgenommen sind.

Hinsichtlich der Festschreibung bzw. Konkretisierung einzelner Regelungen hat sich die Antragstellerin auf Nachfrage der Antragsgegner bereit erklärt, Regelungen zu den Personalwerten, die vor Einführung der Pflegeversicherung galten, sowie Richtwerte zu den angemessenen kalkulatorischen Ansätzen für das Qualitätsmanagement sowie die Praxisanleitung in die zuletzt mit Schiedsstellenentscheidung vom 14.01.2013 festgesetzte Vereinbarung nach § 86 Abs. 3 SGB XI aufzunehmen.

2. Einzelbegründungen:

2.1. Rahmenvertrag (§ 75 (1) SGB XI)

§ 1 (4)

Die im Bedarfsfall notwendige Begleitung zum Arzt wurde aus Gründen der Transparenz und Rechtssicherheit für Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige durch den Hinweis ergänzt, dass der Bedarfsfall nicht Regelfall ist, sondern vorrangig Angehörige, Nahestehende, Betreuer oder ehrenamtliche Personen die notwendige Begleitung übernehmen sollen. Sofern dies nicht möglich und daher Personal der Einrichtung eingesetzt werden muss, kann dies insbesondere auch durch Kräfte nach § 87b SGB XI erfolgen.

§ 2 (2)

Bei der Frage der Wäschekennzeichnung wurde die bisherige Regelung, dass diese nicht Regelleistung der Einrichtung ist, beibehalten und zur Präzisierung angesichts des Urteils des Verwaltungsgerichts Frankfurt am Main vom 12.02.2013 - 2 K 1336/11, klargestellt, dass nur vorher gekennzeichneter Wäsche von der Einrichtung gewaschen werden kann.

§ 6 (4) Diese weiterhin pauschale Regelung war notwendig bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch den Gesetzgeber (siehe insoweit die Verabredung im Koalitionsvertrag). Die Schiedsstelle erkennt dabei die Notwendigkeit einer differenzierteren Kostenabgrenzung, die jedoch angesichts der Schwierigkeit einer verursachungsgerechten Kostenzurechnung von den Vertragsparteien selbst und nicht durch die Schiedsstelle im Rahmen der erforderlichen Anpassung des Rahmenvertrags zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einvernehmlich vorgenommen werden soll. Bis dahin werden die festgesetzten Personalverbesserungen für Kostenansätze der Praxisanleitung und für das Qualitätsmanagement zu 100% dem Bereich Pflege zugeschrieben.

§ 20 (2)

Der neu eingefügte Absatz hat lediglich deklaratorische Wirkung, da die darin enthaltenen Festlegungen bereits gelebte Praxis zwischen den Vertragsparteien sind und eine Formulierung insoweit lediglich Rechtssicherheit und Transparenz hinsichtlich des Willens der Vertragsparteien bringt. Die Konkretisierung erfolgt in der Rahmenvereinbarung nach § 86 (3) SGB XI.

§ 20 (4) und (11)

Die Mindeststandards der Personalwerte für den Bereich Pflege und soziale Betreuung müssen sukzessiv, worauf sich auch die Pflegeeinrichtungen einstellen können und müssen, den heutigen Notwendigkeiten angepasst werden. Die Verbesserungen sollen ab dem 01.01.2016 erfolgen und spätestens zum 01.01.2019 von allen Einrichtungen erreicht werden. Dieses Zeitfenster ist angemessen um allen Einrichtungen die notwendigen organisatorischen Maßnahmen in einem zumutbaren Zeitraum zu ergreifen.

§ 20 (5)
Die zeitgemäße Öffnung für z.B. Hausgemeinschaftskonzepte u. Ä. (Anpassung an den Wandel der Anschauungen) war geboten, da sie der Modernisierung und Flexibilisierung in der stationären Altenhilfe Rechnung trägt.

§ 20 (7)
Die Vertragsparteien hatten bereits im bisher gültigen Rahmenvertrag vereinbart, einen angemessenen Ansatz für das Qualitätsmanagement zu vereinbaren. Da dies nicht erfolgte, hatte die Schiedsstelle hierzu zu befinden. Die Konkretisierung erfolgt in der Vereinbarung nach § 83 Abs. 3 SGB XI

Die neu aufgenommene Regelung über Zusatzvereinbarungen zur Teilhabesicherung, Sozialraumorientierung und zum Aufbau eines Netzes zur Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern war aufzunehmen, da diese bereits im Verhandlungsverfahren einvernehmlich getroffen wurde.

§ 20 (9)
Zur Erhaltung und Verbesserung der Qualität in der pflegerischen Ausbildung ist eine effiziente Praxisanleitung durch freigestellte Fachkräfte nach Ansicht der Schiedsstelle unverzichtbar. Eine Konkretisierung erfolgt in der Rahmenvereinbarung (§ 86 (3) SGB IX).

2.2 Rahmenvereinbarung (§ 86 Abs. 3 SGB XI)
§ 8 (3) (Richtwerte für Funktionsbereiche außerhalb Pflege und soziale Betreuung)
Diese Regelung entspricht den Richtwerten vor Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung.

§ 8 (4) Die Erforderliche Konkretisierung eines angemessenen Ansatzes für das Qualitätsmanagement war gem. § 20 (7) des Rahmenvertrags vorzunehmen. Die Schiedsstelle erachtet angesichts bei den Pflegeeinrichtungen erhobenen Daten, die im Antrag angeführt sind, einen Ansatz von 1:110 als sachgerecht.

§ 8 (5)
Ein angemessener kalkulatorischer Ansatz für die Aufwendungen für die Freistellung der Praxisanleitung war durch die Schiedsstelle festzusetzen. Eine Anlehnung an die bereits im Saarland geltende und sich als sachgerecht erweisende Regelung erscheint der Schiedsstelle angemessen.

§ 9 (3)

Mit der Option eines vereinfachten Verfahrens hinsichtlich der Umsetzung der personellen Veränderungen (Qualitätsmanagement, Praxisanleitung) wird den Vertragsparteien die Möglichkeit der unbürokratischen und verfahrensökonomischen Implementierung eröffnet.

Hans Helmut Bischof
Vorsitzender

Sebastian Rutten
Schriftführer

Vorsitzender:
Hans Helmut Bischof
Unparteiische Mitglieder:
Prof. Bärbel Vahlpahl
Prof. Dr. H.-Ch. Reiss

Geschäftsführung:
PflegeGesellschaft RLP e.V.
Bauerngasse 7
55116 Mainz
Telefon: (0 61 31) 22 45 83
Telefax: (0 61 31) 22 97 24
E-Mail: rutten@pflegegesellschaft-rlp.de

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ: 550 205 00
Konto: 5603200