

**Rahmenvertrag
zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen
pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der
vollstationären Pflege**

(gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI)

zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen:

- der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- dem BKK-Landesverband NORDWEST
- der IKK Nord
- der KNAPPSCHAFT
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

unter Beteiligung

- des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

sowie den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe

- dem Landkreis Ludwigslust-Parchim,
- dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte,
- dem Landkreis Nordwestmecklenburg,
- dem Landkreis Rostock,
- dem Landkreis Vorpommern-Rügen,
- dem Landkreis Vorpommern-Greifswald,
- der Landeshauptstadt Schwerin,
- der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

und dem Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e.V. sowie dem Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e.V. als Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe

sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land Mecklenburg-Vorpommern

- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V.
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
- Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) e.V.
- Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I - Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen - nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI.3	
§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen.....	3
§ 2 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Menschen entsprechend § 43b SGB XI.....	7
§ 3 Unterkunft und Verpflegung	7
§ 4 Sterbegleitung und Kooperation mit Hospizdiensten bzw. Hospiz- und Palliativnetzwerken.....	8
§ 5 Zusatzleistungen.....	9
§ 6 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	9
§ 7 Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen.....	9
Abschnitt II - Allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte - nach § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI	11
§ 8 Bewilligung der Leistung	11
§ 9 Wahl der Pflegeeinrichtung	11
§ 10 Wohn- und Betreuungsvertrag	11
§ 11 Organisatorische Voraussetzungen	11
§ 12 Qualitätsmaßstäbe	12
§ 13 Leistungsfähigkeit	12
§ 14 Mitteilungen	12
§ 15 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit	13
§ 16 Dokumentation der Pflege.....	13
§ 17 Abrechnungsverfahren.....	13
§ 18 Zahlungsweise	14
§ 19 Beanstandungen	16
§ 20 Datenschutz.....	16
Abschnitt III - Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen - nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI	17
§ 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals.....	17
§ 21a Grundsätze des Pflegesatzverfahrens.....	19
§ 21b Geeignete Nachweise nach § 85 Abs. 3 SGB XI	21
§ 21c Nachweis tariflicher Vergütung nach § 84 Abs. 7 SGB XI	22
§ 21d Verfahren zum Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI	23
§ 22 Beteiligung ehrenamtlichen Engagements	25
§ 23 Arbeitshilfen	25
§ 24 Dokumentation des Personaleinsatzes	25
Abschnitt IV - Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege - nach § 75 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI	26
§ 25 Prüfung durch die Pflegekassen.....	26
§ 26 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	26
§ 27 Information.....	26
Abschnitt V - Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung - nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI	27
§ 28 Abwesenheit des Pflegebedürftigen	27
Abschnitt VI - Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen - nach § 75 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI	28
§ 29 Zugang	28
§ 30 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung	28
Abschnitt VII - Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten - nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	29
§ 31 Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung	29
§ 32 Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen	29
§ 33 Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand.....	29
§ 34 Abwicklung der Prüfung	30
§ 35 Prüfungsbericht.....	30
§ 36 Prüfungsergebnis.....	31
Abschnitt VIII - Schlussbestimmungen -	32
§ 37 Inkrafttreten, Kündigung.....	32
§ 38 Salvatorische Klausel.....	32
Anlage 1 zu § 1 Abs. 5 Nr. 5	35
Anlage 2 zu § 4 Abs. 2.....	59
Anlage 3 zu § 5 Zusatzleistungen	60

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

§ 1
Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

- (1) Inhalt der Pflegeleistungen für Pflegebedürftige sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen und Tätigkeiten zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Kompensation der Beeinträchtigungen oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten.
- (2) Die Hilfen und Tätigkeiten zur Unterstützung sind darauf auszurichten die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen auch in Form der aktivierenden Pflege wiederzugewinnen oder zu erhalten. Grundlage der Pflege sind hierbei umfassende Hilfen bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen. Die pflegerischen Aufgaben erfolgen im jeweiligen situativen Kontext und dienen der Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen. Dabei sollen die individuellen, biografischen, kulturellen und religiösen Wünsche der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt und unter dem Aspekt der Selbstbestimmung kontinuierlich in die Gestaltung des Pflegeprozesses einbezogen werden.
- (3) Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung und unter Anwendung der im Bundesanzeiger veröffentlichten Expertenstandards gem. § 113a SGB XI zu erbringen. Die Pflegeeinrichtungen tragen hierfür gemäß § 112 SGB XI die Qualitätsverantwortung.
- (4) Maßnahmen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen, zur Aufrechterhaltung der vorhandenen Ressourcen sowie zur Wiedergewinnung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sind nach pflegfachlicher Einschätzung als Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit zu erbringen.

Bereichsübergreifend werden folgende Aufgaben wahrgenommen:

- Aufklärung
 - Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen
 - Prävention
 - Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
 - alltagsbezogene Unterstützung.
- (5) Die allgemeinen Pflege- und Betreuungsleistungen beinhalten je nach Einzelfall Hilfen in den nachfolgenden Bereichen:
 1. Mobilität
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
 4. Selbstversorgung
 5. krankheits-/therapiebedingte Anforderungen und Belastungen
 6. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte und außerhäusliche Aktivitäten

1. Mobilität

Die Mobilität umfasst die pflegerische Leistung der Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Pflegebedürftigen. Sie beinhaltet außerdem die bedarfsgerechte Bewegungsförderung. Durch diese soll die Beweglichkeit des Pflegebedürftigen, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung erreicht werden. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

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

Hierzu zählen besonders:

- Aufstehen und Zubettgehen

Das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen.

- Gehen, Stehen, Treppensteigen

Die notwendigen Hilfestellungen beschränken sich nicht allein auf die körperliche Fähigkeit zur eigenständigen Fortbewegung.

Vielmehr umfassen sie auch die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich zu bewegen, z. B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände.

- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung;

Es sind solche Verrichtungen außerhalb der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. (z.B. das Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im Vordergrund stehen hierbei die Schaffung einer Tagesstruktur deren Angebote handlungsorientiert sind, das Beobachten des Bewohners und das Erkennen seiner Realität und die Anpassung der pflegerischen Tätigkeiten an die aktuelle Stimmung. Hierbei können bei Einschränkungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten insbesondere folgende pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Anwendung kommen:

- Unterstützung bei der Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Hilfe beim Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- Hilfen beim sachgerechten Umgang mit orthopädischen und sonstigen Hilfsmitteln

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Bei abweichenden Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen können insbesondere folgende Maßnahmen zur Anwendung kommen:

- Berücksichtigung der Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse und Hilfen zur Reduzierung oder Beseitigung der Ruhe störender Einflüsse

- Hilfestellung bei der Bewältigung von Schwierigkeiten in der Gemeinschaft
- Hilfen bei motorisch geprägten Auffälligkeiten
- Hilfen bei der Bewältigung von psychischen Krisen

4. Selbstversorgung

- Körperpflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten und Bedürfnissen des Pflegebedürftigen. Die Intimsphäre ist zu schützen. Eine Ausstattung mit geeigneten Standardprodukten für die Körperhygiene und Körperpflege (z. B. Seife, Badeschaum, Duschgel, Shampoo, Körperlotion) ist von der Pflegeeinrichtung im Rahmen der Notfallversorgung vorzuhalten.

Die Körperpflege umfasst bedarfsweise:

- Das An- und Auskleiden; dies umfasst auch ein An- und Ausziehtraining
- Waschen (Teil- und/ oder Ganzkörperwaschung), Duschen und Baden

Dies beinhaltet auch die Augen-, Nasen- und Ohrenpflege, ggf. den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit, das Schneiden von Nägeln, sofern dies nicht risikobehaftet ist, das Haare waschen und -trocknen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum/zur Friseur/in.

Das Schneiden von Fußnägeln im Rahmen der medizinischen Fußpflege ist keine Leistung nach diesem Vertrag.

Der fach- und sachgerechte Umgang mit Hörgeräten und Sehhilfen ist Bestandteil der Körperpflege.

- Mund- und Zahnpflege

Die Zahn- und Mundpflege umfasst das Zähneputzen, die Spülung und Inspektion der Mundhöhle. Die Pflege von Zahnprothesen ist, sofern der pflegebedürftige Mensch nicht mehr in der Lage ist, seine Zahnprothese selbst zu reinigen, Bestandteil der Körperpflege.

Gegebenenfalls sind notwendige therapeutische Maßnahmen anzuregen.

- Kämmen

Das umfasst das Kämmen bzw. Bürsten der Haare entsprechend der individuellen Tagesfrisur. Das Legen von Frisuren (z. B. Dauerwelle) oder das Schneiden gehören nicht dazu. Trägt der Pflegebedürftige ein Toupet oder eine Perücke, so gehört das Kämmen und Aufsetzen des Haarteils zur Regelleistung.

- Rasieren

Das Rasieren beinhaltet wahlweise die Trocken- und Nassrasur einschließlich der anschließenden Hautpflege.

- Unterstützung bei Ausscheidungen

Darm- oder Blasenentleerung; einschl. der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung bzw. bei Urostoma, Anus praeter, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche und Richten der Kleidung, das Wechseln von Inkontinenzprodukten.

Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

- Nahrungsaufnahme/Ernährung

Eine ausgewogene abwechslungsreiche, bedarfs- und altersgerechte Verpflegung (einschließlich notwendiger Diätkost) ist anzubieten.

Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten und ggf. anzuleiten.

Zur selbständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern und zu ihrem Gebrauch anzuleiten.

Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrundeliegenden Problemen erforderlich.

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

- Verabreichung ärztlich verordneter Sonderkost

5. krankheits-/therapiebedingte Anforderungen und Belastungen

Die Pflegeeinrichtungen erbringen die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen, soweit sie nicht vom Arzt selbst erbracht werden und durch eine Anordnung/Verordnung delegiert worden sind.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden nur auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung/Verordnung durch Pflegefachkräfte (analog § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB XI) erbracht.

Darüber hinaus können einzelne Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach individueller Anleitung auch an geeignete, nach Einschätzung der verantwortlichen Pflegefachkraft, erfahrene und nachweislich geschulte Pflegekräfte übertragen werden (materielle Qualifikation). Dabei wird auf die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern e.V. zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen nach dem SGB V und XI (Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen) vom 28.04.2017 verwiesen (Anlage 1 zu § 1 Abs. 5 Nr. 5).¹

Die ärztliche Anordnung/Verordnung ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren

¹ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

6. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte und außerhäusliche Aktivitäten

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

Bei Bedarf ist der Kontakt zu weiteren Leistungsanbietern herzustellen, wie z. B. Hausärzten, Fachärzten, Apotheken, Sanitätshäuser, Optiker, Akustiker, Fußpflege, Friseure.

Die Pflegeeinrichtung fördert die Kontakte des Bewohners zu ihm nahestehenden Personen und öffnet sich für ehrenamtliche Mitarbeiter.

Die Betreuungsleistungen werden entsprechend der individuellen Pflege- und Betreuungsplanung in Form von Gruppen- und Einzelbetreuung, oder integriert innerhalb der pflegerischen Versorgung erbracht.

Angebote und Maßnahmen zur Tagesstrukturierung sind an allen Tagen (einschließlich an Sonn- und Feiertagen) vorzuhalten.

Maßnahmen der Betreuung stehen unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Pflegeansatzes das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden des Pflegebedürftigen zu fördern, indem z. B. Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

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

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

§ 2

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Menschen entsprechend § 43b SGB XI

Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von §§ 84, 85 jeweils Abs. 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Der Leistungsanspruch nach § 43b SGB XI gilt als Bestandteil des Versorgungsauftrages nach § 72 SGB XI. Zwischen den Vertragsparteien ist eine Zusatzvereinbarung nach § 43b SGB XI zu schließen.

§ 3

Unterkunft und Verpflegung

- (1) Unterkunft und Verpflegung umfassen die Leistungen, die den Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen, soweit sie nicht den

allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen sowie den Aufwendungen für Investitionen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zuzuordnen sind. Dabei umfasst die Verpflegung die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.

(2) Unterkunft und Verpflegung umfasst insbesondere:

- 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 des Wohnraumes und der Gemeinschaftsräume (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung) und der übrigen Räume.
- Wartung und Unterhaltung;
Dies umfasst die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen.
- Wäscheversorgung;
Die Wäscheversorgung umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie das maschinelle Waschen und Bügeln der persönlichen Wäsche und Kleidung.
- Speise- und Getränkeversorgung;
Dies umfasst die Zubereitung und Bereitstellung von Speisen und Getränken.
- Gemeinschaftsveranstaltungen;
Dies umfasst den Aufwand für Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens, nicht jedoch die Organisation zur Durchführung oder Teilnahme von/an Gemeinschaftsveranstaltungen (siehe allgemeine Pflegeleistungen).

§ 4

Sterbebegleitung und Kooperation mit Hospizdiensten bzw. Hospiz- und Palliativnetzwerken

- (1) Die Pflegeeinrichtung gewährleistet geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Gegebenheiten/Möglichkeiten. Die Pflegebedürftigen erhalten kompetente und einfühlsame Unterstützung sowie Beratung bei der Gestaltung und Bewältigung des Sterbeprozesses. Diese sollen den biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die Wünsche und Vorstellungen des Sterbenden berücksichtigen. Sie orientiert sich an dem Ziel einer möglichst hohen Lebensqualität in der Sterbephase. Dies schließt einen respektvollen Umgang mit dem verstorbenen Pflegebedürftigen ein. Hierbei soll die Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizdiensten, SAPV-Teams und weiteren Partnern regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke angestrebt werden.
- (2) Für Einrichtungen, die Palliativ-Care anbieten, ist Näheres zur Leistungserbringung in Anlage 2 geregelt.

§ 5²

Zusatzleistungen

- (1) Zusatzleistungen sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerische/betreuende Leistungen, die über das Maß des Notwendigen gemäß § 1 und § 3 hinausgehen und durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm schriftlich zu vereinbaren sind. Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die Zusatzleistungen die nach dem Versorgungsvertrag zu erbringenden Leistungen in der vollstationären Pflege nicht beeinträchtigen.
- (2) In der Anlage 3 werden Beispiele für die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI dargestellt. Die Aufzählung ist nicht abschließend.
- (3) Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Zusatzleistung und die Leistungsbedingungen (u. a. Höhe der gesondert ausgewiesenen Entgelte) sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe vor Leistungsbeginn mitzuteilen.

§ 6³

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

- (1) Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.
- (2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die für den üblichen Betrieb (Versorgungsauftrag) notwendigen Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Die individuellen Ansprüche der Pflegebedürftigen gegenüber anderen Leistungserbringern bleiben davon unberührt.

§ 7

Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen

- (1) Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören die in § 1 aufgeführten Hilfen sowie der für den medizinisch-pflegerischen Bedarf entstehende Aufwand. Weiterhin ist zu den Leistungen nach Satz 1 der ausschließlich mit den allgemeinen Pflegeleistungen und der Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang stehende Aufwand zu 50% zuzurechnen, soweit er entsteht in den Bereichen:
 - Wasser, Energie
 - Wirtschaftsbedarf
 - Verwaltungsbedarf
 - Steuern, Abgaben, Versicherungen
 - Wartung (ohne Instandhaltung)
 - Zentrale Dienste
 - Aufwendungen für Ehrenamt
 - umsatzbezogener Unternehmensgewinn
 - konkret bezifferbares Unternehmensrisiko
 - sonstiges

² Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 01.12.2006

³ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 01.12.2006

- (2) Zur Unterkunft und Verpflegung gehören die in § 3 genannten Leistungen. Vom Aufwand nach Abs. 1 Satz 2 sind 50% dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen. Der Anteil der Verpflegung beträgt 45% an der Gesamtposition Unterkunft und Verpflegung. Der Lebensmittelanteil ist gesondert auszuweisen.
- (3) Der den Leistungen nach §§ 1 und 3 zuzurechnende Aufwand darf keinen Anteil für Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI enthalten.

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

§ 8
Bewilligung der Leistung

- (1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse. Grundlage für die Inanspruchnahme der Leistung der vollstationären Pflege durch den Versicherten zu Lasten der Pflegekasse, ist die schriftliche Mitteilung der Pflegekasse an den Versicherten, über die Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruches auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung sowie die Zuordnung zu einem Pflegegrad.
- (2) Die Pflegekasse weist im Rahmen ihrer Auskunft- und Beratungspflichten den Versicherten auf evtl. weitergehende Leistungspflichten, u. a. des Trägers der Sozialhilfe, hin. Sofern der Versicherte zustimmt, gibt die Pflegekasse dem Träger der Sozialhilfe unverzüglich von dem Leistungsantrag Kenntnis.

§ 9
Wahl der Pflegeeinrichtung

- (1) Der Pflegebedürftige ist in der Wahl der Pflegeeinrichtung frei.
- (2) Die Pflegeeinrichtung unterrichtet unverzüglich die zuständige Pflegekasse über die Aufnahme und Entlassung des Pflegebedürftigen. Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegeeinrichtung unverzüglich über ihre Leistungszuständigkeit.

§ 10
Wohn- und Betreuungsvertrag

- (1) Die Pflegeeinrichtung schließt mit dem Pflegebedürftigen einen Vertrag gemäß den Vorschriften des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG). Der Vertrag gewährleistet, dass die in den Verträgen nach dem siebten und achten Kapitel des SGB XI zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen nach § 69 SGB XI getroffenen Regelungen nicht eingeschränkt werden.
- (2) Die Pflegeeinrichtung legt den Landesverbänden der Pflegekassen die Muster ihrer Wohn- und Betreuungsverträge nach Abs. 1 zur Kenntnisnahme vor.

§ 11
Organisatorische Voraussetzungen

Die Pflegeeinrichtung hat folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden,
- die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- die ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,
- einen Nachweis des Trägers über die Vorlage des polizeilichen Führungszeugnisses der verantwortlichen Pflegefachkraft i. S. § 3 Abs. 1 Satz 2 der EPersVO M-V.

§ 12

Qualitätsmaßstäbe

Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 ff SGB XI in der vollstationären Pflege zu erbringen.

§ 13

Leistungsfähigkeit

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

Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nicht, wenn entsprechend dem Versorgungsvertrag die Leistungskapazität erschöpft ist.

- (2) Ein Pflegebedürftiger muss zudem nicht aufgenommen werden, wenn die im Versorgungsvertrag vereinbarten Ausschlusskriterien einer Aufnahme entgegenstehen.
- (3) Ein Pflegebedürftiger muss nicht aufgenommen werden, wenn sein Pflege- und Betreuungsbedarf nicht der Zielgruppe der Einrichtung entspricht. Dies ist dann der Fall, wenn eine fachgerechte Versorgung nicht möglich ist, da die Einrichtung nicht über speziell geschultes/ausgebildetes Personal und/oder nicht über die technische Ausstattung verfügt; z. B. bei
- beatmungspflichtigen Menschen,
 - intensivversorgten Menschen mit ständigem Interventionsbedarf,
 - Menschen mit richterlichem Unterbringungsbeschluss.
- (4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag in Kooperation mit anderen Einrichtungen erbringen, schließen mit ihrem Kooperationspartner einen Kooperationsvertrag ab. Kooperationsverträge, die sich auf Pflegeleistungen nach Abschnitt I beziehen, sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen; Rechte und Pflichten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen bleiben davon unberührt.
- (5) Die fachliche Verantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners trägt gegenüber den Pflegebedürftigen und den Pflegekassen die beauftragende Pflegeeinrichtung.

§ 14

Mitteilungen

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

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

§ 15

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen sowie das Maß des Notwendigen übersteigen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen und die Pflegeeinrichtung nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken. Zusatzleistungen bleiben unberührt.
- (2) Die Vergütung der Leistungen muss einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos.

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tariflich vereinbarter und tarifähnlicher Vergütung sowie entsprechender Vergütung nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Überschüsse verbleiben der Pflegeeinrichtung; Verluste sind von ihr zu tragen.

- (3) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur.

§ 16

Dokumentation der Pflege

- (1) Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 113 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten.
- (2) Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.
- (3) Das Dokumentationssystem beinhaltet
 - Bewohnerstammdaten
 - die Pflegeanamnese/Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerrelevanten Biografiedaten
 - die Pflegeplanung/Maßnahmenplanung
 - den Pflegebericht/Berichtsblatt.
- (4) Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind zu dokumentieren.

§ 17

Abrechnungsverfahren

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

- (2) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet,
 - a) in den Abrechnungsunterlagen den Zeitraum der Abrechnung, die Pflegetage, ggf. Grund und Dauer der Abwesenheit und den Pflegesatz aufzuzeichnen.
 - b) in den Abrechnungen ihr bundeseinheitliches Kennzeichen gemäß § 103 Abs. 1 SGB XI einzutragen sowie
 - c) die Versichertennummer des Pflegebedürftigen gemäß § 101 SGB XI sowie einen Pflegegrad anzugeben.
- (3) Die Pflegekassen können unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur stichproben- oder fallweisen Überprüfung der monatlichen Abrechnung Einsicht in die Pflegedokumentation verlangen; die §§ 79 und 114 SGB XI bleiben unberührt.
- (4) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI vom 28.02.2002 in der jeweils gültigen Fassung sind Teil dieses Rahmenvertrages.
- (5) Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen durch die Pflegeeinrichtung vom Pflegebedürftigen weder gefordert noch angenommen werden. § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI bleiben unberührt.
- (6) Bei Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung, bei denen nach § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab.

§ 18 Zahlungsweise

- (1) Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. des lfd. Monats fällig. Die Spitzabrechnung der Pflegeleistung erfolgt monatlich im Folgemonat. Änderungsmitteilungen sind zum 5. des Folgemonats bei der jeweiligen Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern.
- (2) Überträgt die Pflegeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Pflegekasse unverzüglich 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 Pflegeeinrichtung beizufügen, dass die Zahlung der Pflegekasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung 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 vorzulegen.

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

§ 19 Beanstandungen

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

§ 20 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.
- (2) Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen.
- (3) Die Pflegeeinrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Die Pflegeeinrichtung hat ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 - 85 SGB X bleiben unberührt.

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

§ 21
Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

- (1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen muss unbeschadet aufsichts- und arbeitsrechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung sowie der Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI unter Berücksichtigung des § 84 SGB XI gewährleisten.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation. Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20% nicht übersteigen.
- (3) Der Träger der Einrichtung kann das bei ihm beschäftigte Personal in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel einsetzen, soweit die für ihn geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen, also die vereinbarte und von den Kostenträgern finanzierte Personalausstattung, eingehalten werden.
- (4) Die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals richten sich nach § 84 SGB XI. Beim Einsatz des Personals sind
 - die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
 - die Notwendigkeit zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme oder zur Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie
 - die Risikopotentiale bei den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.
- (5) Der Träger der Pflegeeinrichtung weist den Landesverbänden der Pflegekassen die fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung nach.
- (6) Zur Sicherstellung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der vollstationären Pflege wird gemäß § 75 Abs. 3 SGB XI folgender Personalkorridor für Pflege (körperbezogene Pflegemaßnahmen, medizinische Behandlungspflege) und Betreuung festgelegt bzw. vereinbart:⁴

⁴ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019 (beklagt durch KSV M-V)
Seite 17 von 60

Pflegegrad	unterer Korridor 1 :	oberer Korridor 1 :
1	8,05	6,08
2	4,52	3,59
3	3,41	2,40
4	2,71	1,76
5	2,48	1,76

- (7) Der Anteil an Fachkräften entspricht im Bereich Pflege und Betreuung mindestens der Einrichtungenpersonalverordnung. Nachtwachen sind im Personalkorridor enthalten. Eine Nachtwache pro Nacht (8h) entspricht 1,9 Vollzeitkräften. Die Anzahl der einzusetzenden Nachtwachen soll in der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI vereinbart werden.

Grundsätzlich ist der Leistungsanspruch von Pflegebedürftigen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems in dem Personalkorridor berücksichtigt.

Die Leistungen gem. § 43b SGB XI sind hier nicht enthalten.

Für die laut Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI vereinbarte besondere Betreuung von Bewohnern mit besonderem Interventionsbedarf (Pflege- und Betreuungsbedarf) kann auch oberhalb vom oberen Korridor eine höhere Personalausstattung vereinbart werden.

- (8) Die Leistungserbringung Pflege und Betreuung erfolgt durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, zu denen auch geringfügig Beschäftigte gehören. Die Inanspruchnahme externer Betreuungsleistungen (z.B. Hundetherapie) ist davon nicht betroffen.
- (9) Zusätzlich zu der sich aus den in Abs. 6 genannten Personalrichtwerten ergebenden personellen Ausstattung sind die folgenden Personalschlüssel je Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen:

- Aufgabenbereich Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement

1 : 60 VK, mindestens 0,75 VK

Die den Landesverbänden der Pflegekassen benannte verantwortliche Pflegedienstleitung ist im Fachkraftanteil entsprechend dieser Personalschlüssel nicht enthalten.

Sie muss mit mindestens 0,5 VK in der Einrichtung beschäftigt sein, wobei egal ist bzw. dem Träger der Pflegeeinrichtung überlassen bleibt, mit welchem Stellenanteil die verantwortliche Pflegefachkraft als Pflegedienstleitung und im Bereich des Qualitätsmanagements eingesetzt wird. Die Regelung des § 72 Abs. 2 2. Teil SGB XI wird nicht berührt.⁵

⁵ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

- Aufgabenbereich Praxisanleitung

0,05 VK je Anzuleitender/m*
(Mittelwert pro Basisjahr),
max. 0,50 VK

* hierzu zählen Auszubildende, Umschüler, Praktikanten

- Aufgabenbereich Hauswirtschaft

1: 6,5**

** Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen entstehen, müssen wirtschaftlich sein und sind entsprechend anzurechnen.

- Aufgabenbereich Leitung und Verwaltung

1: 25, mind. 0,50 VK**

** Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen entstehen, müssen wirtschaftlich sein und sind entsprechend anzurechnen.

- (10) Eine Vollzeitkraft entspricht einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von 40 Stunden.

- (11) Auszubildende, Praktikanten, Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst (BFD) und am Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) sind außerhalb des Personalkorridors nach Abs. 5 und der Personalrichtwerte nach Abs. 6 im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI zu berücksichtigen.

§ 21a

Grundsätze des Pflegesatzverfahrens

- (1) Im Rahmen dieses Verfahrens werden Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze mit Ausnahme der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen vereinbart. Dabei ist der Versorgungsaufwand, den die pflegebedürftigen Menschen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen, zu berücksichtigen. Dafür muss ein qualifiziertes, differenziertes, ausreichendes und umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, das die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfasst. Dies erfordert, dass die Pflegesätze der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Die Verhandlungen sind entsprechend der Regelungen gem. § 85 SGB XI unter Berücksichtigung des § 84 SGB XI durchzuführen.

- (2) Die Pflegesatzvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode der Pflegeeinrichtung, für einen zukünftigen Pflegesatzzeitraum innerhalb von 6 Wochen zu treffen. Die Pflegesatzvereinbarung kommt nach Einigung zwischen dem Träger und der Mehrheit der Kostenträger, die am Pflegesatzverfahren teilgenommen haben, zu Stande.

Eine Verhandlung auf dem Schriftweg ist möglich.

- (3) Grundlage für die Ermittlung der beantragten Pflegesätze ist die prospektive Kalkulation mittels der zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern in Mecklenburg-Vorpommern in der Pflegesatzkommission (stationär) abgestimmten Kalkulationsunterlagen in Papierform und möglichst per E-Mail an die Vertragspartner nach § 85 Abs. 2 SGB XI. Der Pflegesatzantrag gilt als vollständig, wenn folgende Unterlagen allen am Pflegesatzverfahren Beteiligten vorliegen:

- Begründung des Erhöhungsverlangens
- unterschriebener und ausgefüllter Leistungs- und Aufwandskatalog
- Entwurf der Pflegesatzvereinbarung.

Den Unterlagen ist ferner eine schriftliche Stellungnahme der heimrechtlich vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner (Bewohnervertretung bzw. Fürsprecherin oder Fürsprecher bzw. externer Beirat) beizufügen, spätestens im Rahmen der Pflegesatzverhandlung vorzulegen. Soweit keine schriftliche Stellungnahme der Interessenvertretung vorgelegt werden kann, hat die Pflegeeinrichtung eine Erklärung abzugeben, dass die Anhörung durchgeführt wurde.

- (4) Mit dem einzureichenden Entwurf der Pflegesatzvereinbarung wird aufgezeigt, welches Leistungsspektrum die Einrichtung aufgrund der Bewohnerstruktur und der besonderen Leistungsangebote erbringt. Bei der Beurteilung des einrichtungsspezifischen Leistungsangebotes können bauliche Besonderheiten, konzeptionell begründete Spezialangebote und zielgruppenspezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden, die mit der Konzeption nachgewiesen und von den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe im Rahmen des Abschlusses des Versorgungsvertrages anerkannt wurden. Daraus abgeleitet kann die Einrichtung in ihrer Kalkulation erhöhte Ansätze und damit ggf. auch einen erhöhten Personaleinsatz begründen.

- (5) Die Ermittlung von Pflegesätzen findet grundsätzlich in einem zweistufigen Verfahren statt. In der ersten Stufe ist die Plausibilität der vorgelegten Antragsunterlagen zu prüfen. Dazu sind die prospektiven Gestehungskosten plausibel und nachvollziehbar darzulegen. In der zweiten Stufe findet dann eine Prüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit (externer Vergleich) statt. Die Bemessung der Personalaufwendungen richtet sich grundsätzlich nach den in Mecklenburg-Vorpommern geltenden Tarifen, den Arbeitsvertragsrichtlinien des Einrichtungsträgers sowie den kalkulatorischen Personalaufwendungen der Einrichtung bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen.

Eine darüberhinausgehende Bezahlung kann nur bei Vorliegen eines sachlichen Grundes berücksichtigt werden.

In der Kalkulation ist neben den voraussichtlichen Gestehungskosten auch eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos einschließlich Gewinnchance zu berücksichtigen, soweit ein solches geltend gemacht wird.

- (6) Als grundsätzlich plausibel gelten Erhöhungsverlangen im Rahmen einer tariflichen Steigerung (Veränderungen durch individuelle Stufenveränderungen werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt), im Rahmen einer Personalkostensteigerung aufgrund einer betrieblichen Vereinbarung oder einer verpflichtenden Regelung des Trägers zu Art, Umfang und Höhe der Vergütung für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aufgrund von Veränderungen im Personalkorridor oder bei der Fachkraftquote und im Rahmen der Sachkostensteigerung auf der Basis einer prospektiven Annahme, die sich an öffentlichen Preisindizes orientiert.

Von Einrichtungen, die eine darüberhinausgehende Pflegesatzsteigerung fordern, können die Kostenträger auf der Grundlage des § 85 Abs. 3 SGB XI ergänzende Unterlagen und Auskünfte einholen, soweit dies für die Feststellung der Plausibilität des

Erhöhungsverlangens erforderlich ist. Dabei ist die Pflegeeinrichtung innerhalb von drei Wochen nach Eingang der Aufforderung zu Vergütungsverhandlungen substantiiert auf Unschlüssigkeiten hinzuweisen und konkret schriftlich und im Einzelnen substantiiert zu begründen (z. B. unter Heranziehung entsprechender Kostenpositionen vergleichbarer Einrichtungen), warum die vorgelegte Kalkulation der Gestehungskosten nicht plausibel erscheint.

- (7) Auch nachvollziehbare prospektiv kalkulierte Gestehungskosten rechtfertigen den geltend gemachten Vergütungsanspruch nur, soweit er im zweiten Prüfungsschritt dem Vergütungsvergleich mit anderen Einrichtungen standhält und sich insoweit als leistungsgerecht i. S. von § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI erweist.

Bei der Erstellung des externen Vergleichs sind die in § 84 Abs. 2 Satz 9 SGB XI genannten entscheidenden Vergleichskriterien zu berücksichtigen. Hierzu gehören: Einzugsgebiet, Versorgungsauftrag, Kapazität der Pflegeeinrichtung.

Bei der Wertung des externen Vergleichs mit anderen Einrichtungen bilden die prospektiven Gestehungskosten, soweit diese den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen, regelmäßig die Untergrenze des festzusetzenden Entgeltes.

Die Kostenträger stellen dem Antragssteller eine entsprechende Liste für den externen Vergleich möglichst 2 Wochen vor der Verhandlung zur Verfügung.

Liegen die plausibel kalkulierten Entgelte innerhalb des unteren Drittels, wird von der Wirtschaftlichkeit ausgegangen. Ist dies nicht der Fall, erfolgt eine Prüfung der vom Einrichtungsträger geltend gemachten Kostenansätze auf ihre wirtschaftliche Angemessenheit.

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann in diesem Zusammenhang nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

- (8) Sofern eine vollstationäre Pflegeeinrichtung neben den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI auch Leistungen der ergänzenden Eingliederungshilfe gemäß SGB XII erbringt, ist zusätzlich die Kostenkalkulation (bei zeitgleicher Verhandlung) ansonsten die aktuellen Werte der Sachkosten für ergänzende Eingliederungshilfe (Anlage 3/G des LRV SGB XII) einzureichen.

§ 21b

Geeignete Nachweise nach § 85 Abs. 3 SGB XI

Die Pflegeeinrichtung hat bei begründeten Nachweisforderungen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit innerhalb von drei Wochen die entsprechenden Unterlagen beizubringen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Dazu gehören:⁶

1. Zur Anwendung kommende (bestehende) Tarifvertragswerke, Arbeitsvertragsrichtlinien, Betriebsvereinbarung o.ä.
2. Nachweis der Anwendung und prospektiven Umsetzung (Gehaltserhöhungen) des bestehenden Tarifwerkes bzw. Nachweis der zugrundeliegenden Vergütungsstruktur wie z. B. sogenannter Haustarife (schriftliche Erklärung durch den Träger der Pflegeeinrichtung) oder verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird.

⁶ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

3. Anonymisiertes Gesamtlohnjournal oder Auszug aus der Lohnbuchhaltung zum Nachweis der vergüteten Personalkosten im Betrachtungszeitraum der letzten 3 Monate vor Aufforderung.⁷
4. Sofern die Plausibilität hierdurch nicht hergestellt werden kann, besteht die Möglichkeit zur stichprobenhaften Überprüfung der Richtigkeit der Angaben. Auf Anforderung der Kostenträger werden hierzu für ausgewählte Mitarbeiter (max. 10%, mindestens drei Mitarbeiter) anonymisierte Lohnjournale für den Monat vor Aufforderung zur Verhandlung zur Einsichtnahme vorgelegt.⁸
5. Differenzierte Darstellung zur Kalkulation der Personalkosten ausgewählter Bereiche/Einsatzgebiete im Antragszeitraum unter Angabe von Einsatzgebiet, Qualifikation, Stellenumfang, Aufwand pro VK. Personalkostenaufstellung für den Antragszeitraum im MS-Excel-Format, die mindestens die folgenden Angaben enthält:
 - Ordnungsnummer,
 - Stundenvolumen/Stellenumfang,
 - Einsatzgebiet,
 - Entgeltgruppe,
 - Entgelte in Form von AN-Brutto und AG-Brutto,
 - in der Summe Aufwand pro Vollzeitkraft.⁹
6. Anforderung von Einzelpositionen mittels des im LAK enthaltenen Registerblattes „Sachkosten bei Bedarf“. Sofern nach Vorlage dieses Blattes in einzelnen Positionen weiterhin keine Plausibilität hergestellt wurde, können weitere Nachweise angefordert werden z. B. Rechnungen, Abrechnungen; Verträge mit Fremddienstleistern, Angaben zu zentralen Dienstleistungen und evtl. Verteilungsschlüssel, Kontenauszüge, Angaben aus der Finanzbuchhaltung.¹⁰
7. Auf dem Antragsformular ist die Richtigkeit der Angaben rechtsverbindlich durch Unterschrift zu erklären.

§ 21c

Nachweis tariflicher Vergütung nach § 84 Abs. 7 SGB XI

- (1) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet; im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütung nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten.
- (2) Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Pflegeeinrichtung nachzuweisen, dass die im Sinne des Abs. 1 vereinbarten Personalvergütungen entsprechend der tatsächlichen Situation für das Personal aufgewendet wurden und werden.¹¹
- (3) Vorzulegen ist eine verbindliche Erklärung des Trägers der Pflegeeinrichtung, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung eingehalten wird sowie die zur Anwendung kommenden (bestehenden) Tarifvertragswerke und AVR.¹²

⁷ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

⁸ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

⁹ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

¹⁰ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

¹¹ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

¹² Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

- (4) Durch aussagefähige Unterlagen ist die tatsächliche Entlohnung nachzuweisen, insbesondere durch anonymisierte Personallisten und anonymisierte Lohnjournale. Soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, sind darüber hinaus anonymisierte Jahresmeldungen zur Sozialversicherung je Mitarbeiter zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung gem. den anonymisierten Lohnjournalen vorzulegen.¹³
- (5) Die Verpflichtung gemäß § 84 Abs. 7 SGB XI zur jederzeitigen Einhaltung der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen wird nicht durch Umgruppierungen bzw. Abweichungen verletzt, soweit diese mit den tariflichen bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in Einklang stehen. Für Einrichtungen, die nicht tarifgebunden sind, aber deren Pflegesätze gem. Abs. 1 vereinbart sind, soll dies analog angewendet werden.

§ 21d **Verfahren zum Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI**

- (1) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird.

Für die zusätzlichen Betreuungsleistungen gemäß § 43b SGB XI kann ein gesonderter Personalabgleich erfolgen.

- (2) In einem Personalabgleich weist die Pflegeeinrichtung nach, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. Der Personalabgleich erfolgt auf Anforderung einer Vertragspartei, wenn das Ergebnis der Prüfung nach § 114 SGB XI auf eine Personalunterdeckung hinweist.
- (3) Die Umsetzung des Personalabgleichs nach § 84 Abs. 6 S. 3 SGB XI setzt eine vertragliche Vereinbarung über das vorzuhaltende Personal in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung voraus. Die vereinbarte personelle Ausstattung und deren Einhaltung sind Gegenstand des Personalabgleichs.
- (4) Der Bezugszeitraum für den Personalabgleich umfasst grundsätzlich einen zusammenhängenden Zeitraum der letzten 3 abgeschlossenen Kalendermonate vor dem Monat des Zugangs des Verlangens. Sofern in diesem Bezugszeitraum eine nicht unerhebliche Personalunterdeckung festgestellt wird, kann der Bezugszeitraum auf bis zu 12 Monate ausgedehnt werden.
- (5) Das vorzuhaltende Personal ist nach den Anwesenheitstagen der pflegebedürftigen Menschen zu berechnen. Abwesenheitstage, die im Sinne von § 28 Abs. 3 dieses Vertrages voll vergütet werden, sind als Anwesenheitstage zu berücksichtigen.

¹³ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

(6) Berechnungsgrundlage für den Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI sind

- die in der Pflegesatzvereinbarung (Leistungs- und Qualitätsmerkmale) vereinbarte Personalausstattung für Pflege- und Betreuung unter Berücksichtigung der vereinbarten Belegungsstruktur und die dort vereinbarte durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit einer Vollzeitkraft (VK) sowie
- die tatsächliche Belegungsstruktur.

Bei der Berechnung des vorzuhaltenden Personals im Pflege- und Betreuungsdienst im Betrachtungszeitraum (Personalsoll) sind die Veränderungen der folgenden Variablen im Vergleich zu den vereinbarten Werten zu berücksichtigen:

- die Veränderung des Pflegegradmixes und
- die Veränderung der Anzahl der Bewohner.

(7) Die Berechnung des Personals erfolgt nach Vollzeitkräften (VK). Der Umfang der Beschäftigung einer Vollzeitkraft entspricht der vereinbarten regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit und wird mit dem Faktor 1,00 berücksichtigt.

Bei der Ermittlung des bereitgestellten und bestimmungsgemäß eingesetzten Personals ist nur Personal zu berücksichtigen, für das der Pflegeeinrichtung Personalkosten entstanden sind (z. B. finden ehrenamtlich Tätige und Personen in Arbeitsgelegenheiten nach SGB II keine Berücksichtigung).

Personen im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes oder eines Freiwilligen Sozialen Jahres finden keine Berücksichtigung.

(8) Über die zu berücksichtigenden Bewohner (inkl. eingestreute Kurzzeitpflege) legt der Träger der Einrichtung eine nach Pflegegraden und nach An- und Abwesenheitstagen sortierte monatsweise Aufstellung vor. Der jeweilige Pflegegrad der zu berücksichtigenden Bewohner ist den Kostenträgern unter Berücksichtigung des Datenschutzes auf Verlangen darzulegen. Abwesenheitstage, die im Sinne von § 28 Abs. 3 dieses Vertrages voll vergütet werden, sind als Anwesenheitstage zu berücksichtigen.

(9) Über das beschäftigte Pflege- und Betreuungspersonal legt die Pflegeeinrichtung eine anonymisierte Personalliste vor, die folgende Angaben enthält:

- Bemessungsgröße der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit (z. B. 40 h je VK),
- Ordnungsnummer¹⁴,
- Qualifikation,
- Beschäftigungsbeginn und ggf. -ende,
- auf die einzelnen Monate entfallende Stellenanteile.

(10) Leiharbeitskräfte oder extern gestelltes Personal sind gesondert auszuweisen. Beim Einsatz von Leiharbeitskräften oder externem Personal sind die geschlossenen Verträge/Arbeitsstundenbelege vorzulegen (ohne Lohn-/Gehaltsangaben).

(11) Der Nachweis für den bestimmungsgemäßen Einsatz und die Bereitstellung / Beschäftigung des Personals erfolgt durch Einsichtnahme in

- anonymisierte Dienstpläne (Soll-/Ist- Dienstpläne),
- die Personalliste gemäß Abs. 9;

beide vorgenannten Unterlagen müssen die Ordnungsnummer enthalten.

¹⁴ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

Ein Abgleich zwischen Dienstplänen und Personallisten/Sozialversicherungsnachweisen muss möglich sein. Die Dienstpläne müssen hierzu die Ordnungsnummern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter enthalten.

- (12) Geleistete Überstunden/Mehrarbeitsstunden sind zu berücksichtigen.¹⁵
- (13) Die Einsicht und Prüfung der Originalunterlagen und evtl. Nachweise bleibt den Vertragsparteien vorbehalten.
- (14) Das Ergebnis des Personalabgleichs wird schriftlich festgehalten und dem Einrichtungsträger übermittelt. Wird mit dem Personalabgleich festgestellt, dass die Pflegeeinrichtung die vereinbarte Personalausstattung erheblich unterschreitet, ist der Pflegeeinrichtung Gelegenheit zu geben, die Gründe für die Abweichung im Einzelnen darzulegen.
- (15) Zum Abgleich des Personals für die zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI ist die Anzahl der Anspruchsberechtigten je Monat gesondert auszuweisen.

§ 22

Beteiligung ehrenamtlichen Engagements

- (1) Die Vertragsparteien unterstützen die Einbindung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und Organisationen bei der ergänzenden Betreuung Pflegebedürftiger.
- (2) Die Aufwendungen sind nach Maßgabe des § 82b SGB XI berücksichtigungsfähig.

§ 23

Arbeitshilfen

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

§ 24

Dokumentation des Personaleinsatzes

- (1) Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird bewohnerorientiert nach den Notwendigkeiten einer zweckmäßigen Pflege vorgenommen und in angemessener Weise dokumentiert. Im Rahmen von Qualitätsprüfungen gemäß den Richtlinien zu § 113 ff SGB XI ist den Pflegekassen auf Verlangen Einsicht in die Unterlagen zu gewähren.
- (2) Bei der Dienstplanung des Personals sind die regelmäßigen Arbeitszeiten der Pflegekräfte, Fortbildung, Teambesprechungen, Ausfallzeiten sowie leitende, administrative, organisatorische und kooperative Aufgaben zu berücksichtigen.

¹⁵ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

Abschnitt IV

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

§ 25

Prüfung durch die Pflegekassen

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

§ 26

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 Pflegebedürftigkeit sowie über Pflegemaßnahmen mit Einwilligung des Versicherten einzuholen.
- (2) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit und Dauer der Pflege, so werden diese gegenüber der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. dem Träger der Einrichtung dargelegt und mit diesem erörtert.
- (3) Die Befugnisse, die der Vertrag in § 26 dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einräumt, werden auch dem medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (Medic Proof) eingeräumt.

§ 27

Information

- (1) Die Pflegeeinrichtung wird über das Ergebnis der Überprüfung nach § 25 und die daraus resultierende Entscheidung der Pflegekasse informiert.
- (2) Sofern sich nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung die Pflegebedürftigkeit des betreuten Versicherten geändert hat (insbesondere hinsichtlich des Pflegegrades) und/oder aus sonstigen Gründen eine Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen notwendig erscheint, weist sie im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen die Pflegekasse darauf hin. Die Pflegekasse leitet dann umgehend eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein.

Abschnitt V
- Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des
Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung -
nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI

§ 28
Abwesenheit des Pflegebedürftigen

- (1) Die Grundvoraussetzungen für die Zahlung eines Bettenplatzfreihaltgeldes ist die tatsächliche Freihaltung eines Platzes für die Dauer der ganztägigen Abwesenheit eines Bewohners.
- (2) Soweit der Pflegeplatz vorübergehend aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, eines Aufenthaltes in der Reha-Einrichtung oder wegen Urlaub nicht in Anspruch genommen werden kann, ist der Pflegeplatz freizuhalten. Ist erkennbar, dass der Pflegebedürftige nicht mehr in die Pflegeeinrichtung zurückkehrt, wirkt die Pflegeeinrichtung auf die unverzügliche Beendigung des Wohn- und Betreuungsvertrages hin unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften.
- (3) Bei der Abwesenheit eines Bewohners wird das Entgelt weitergezahlt, soweit 3 Kalendertage (Abwesenheit) nicht überschritten werden. Aufnahme- und Entlassungstag (An- und Abreisetag) gelten je als ein Anwesenheitstag.
- (4) Bei einer Abwesenheit gemäß Absatz 1 und 2 von mehr als 3 Kalendertagen bis zu 42 Kalendertagen, beträgt der Abschlag 25% der Pflegevergütungen, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI.
- (5) Bei Abwesenheit aufgrund von Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen beträgt für die Dauer dieser Aufenthalte ohne zeitliche Beschränkung der Abschlag 25% der Pflegevergütungen, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI.
- (6) Der Anspruch der Pflegeeinrichtung nach dem Landespflegegesetz M-V bleibt hiervon unberührt.

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

§ 29
Zugang

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

§ 30
Mitwirkung der Pflegeeinrichtung

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

Abschnitt VII
- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für
Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der
Prüfungskosten -
nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI

§ 31

Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige gemäß § 79 SGB XI überprüfen lassen. Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung ist vor Bestellung des Sachverständigen unter Angabe der Gründe der Prüfung zu hören.

§ 32

Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen den Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger angehört. Kommt innerhalb einer Frist von 10 Werktagen nach Anhörung gemäß § 31 Abs. 2 keine Einigung zustande, können die Landesverbände der Pflegekassen den Sachverständigen alleine bestellen.
- (2) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung bzw. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, schriftlich zu erteilen. Sofern Abs. 1 Satz 2 Anwendung findet, ist der Auftrag von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand (vgl. § 33) und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.
- (3) Der Sachverständige muss gewährleisten, dass die Prüfungsabwicklung eine hinreichend gründliche Aufklärung der prüfungsrelevanten Sachverhalte zur Abgabe eines sicheren Urteils ermöglicht. Die Erteilung von Unteraufträgen bedarf der Zustimmung der Auftraggeber.

§ 33

Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand

- (1) Prüfungsziel ist die Klärung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen.
- (2) Gegenstand der Prüfungen sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI bestehen.

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

§ 34 Abwicklung der Prüfung

- (1) Ausgangspunkt der Prüfung ist der im Versorgungsvertrag beschriebene Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung.
- (2) Der Träger der Pflegeeinrichtung hat dem Sachverständigen die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem Träger der Pflegeeinrichtung abzusprechen. Zur notwendigen Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Prüfung ist deren Einverständnis einzuholen.
- (3) Der Träger der Pflegeeinrichtung benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm und seinem Beauftragten auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen.
- (4) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen einzuhalten.
- (5) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung, ggf. dem Verband, dem der Träger der Pflegeeinrichtung angehört, dem Sachverständigen und den Landesverbänden der Pflegekassen statt.

§ 35 Prüfungsbericht

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

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

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

- (2) Unterschiedliche Auffassungen, die im Abschlussgespräch nicht ausgeräumt werden konnten, sind im Prüfungsbericht darzustellen.
- (3) Der Prüfungsbericht ist innerhalb der im Prüfungsauftrag vereinbarten Frist nach Abschluss der Prüfung zu erstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Träger der Pflegeeinrichtung zuzuleiten.
- (4) Ohne Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung darf der Prüfungsbericht über den Kreis der unmittelbar beteiligten und betroffenen Organisationen hinaus nicht an Dritte weitergegeben werden.

§ 36
Prüfungsergebnis

Das Prüfungsergebnis ist in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Abschnitt VIII **- Schlussbestimmungen -**

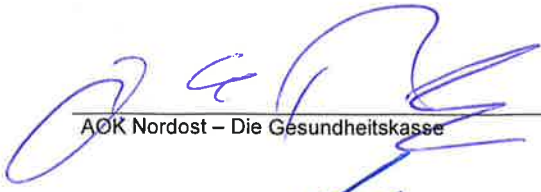
§ 37 **Inkrafttreten, Kündigung**

- (1) Der Rahmenvertrag tritt am 01.05.2019 in Kraft.
- (2) Er kann durch die Partner des Vertrages mit einer Frist von 12 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Für den Fall der teilweisen Kündigung gelten die übrigen Regelungen dieses Vertrages weiter.
- (3) Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragspartner, unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag einzutreten.
- (4) Die gekündigten vertraglichen Vereinbarungen gelten für die Vertragspartner nach Ablauf der Kündigungsfrist längstens für einen Zeitraum von 6 Monaten weiter. Das gilt auch dann, wenn der Vertrag abschnittsweise durch eine Vertragspartei gekündigt wurde.¹⁶

§ 38 **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

¹⁶ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019


AOK Nordost – Die Gesundheitskasse


BKK-Landesverband NORDWEST


IKK Nord

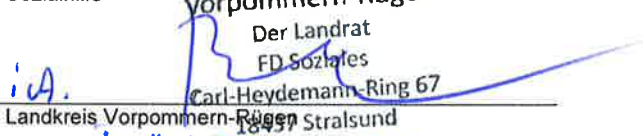

KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord, Hamburg


Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau (SVLFG)


Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung M-V


Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e.V. als
Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der Sozialhilfe


Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern
e.V. als Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der
Sozialhilfe


Landkreis Vorpommern-Rügen
Der Landrat
FD Soziales
Carl-Heydemann-Ring 67
18437 Stralsund

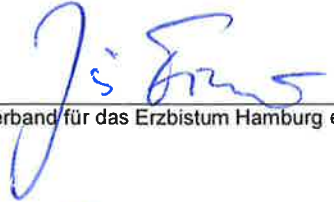

Landkreis Vorpommern-Greifswald
Der Landrat
Feldstraße 85 a
17489 Greifswald


Landkreis Vorpommern-Greifswald



Landkreis Mecklenburgische-Seenplatte


Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.

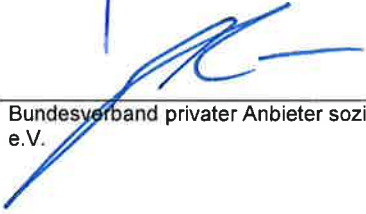

Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V.


Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.


Diakonisches Werk
Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Körnerstraße 7 | 19055 Schwerin
Diakonisches Werk Mecklenburg e. V.

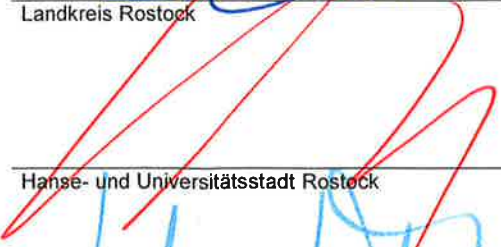

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.


DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.

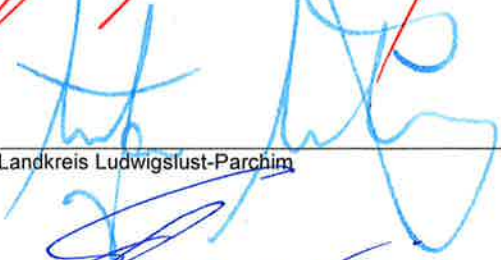

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)
e.V.



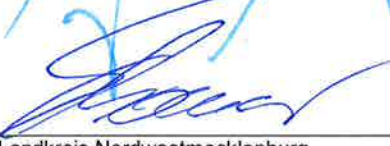
Landkreis Rostock



Hanse- und Universitätsstadt Rostock



Landkreis Ludwigslust-Parchim



Landkreis Nordwestmecklenburg



Landeshauptstadt Schwerin



Empfehlungen

**des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
Mecklenburg-Vorpommern e.V.**

**zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das
Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen nach dem
SGB V und XI**

(Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen)

¹⁷ Inkrafttreten durch Schiedsspruch vom 28.03.2019

Schwerin, 28.04.2017

Diene Hoffenbach

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	4
2	TABELLE DELEGATIONSFÄHIGER LEISTUNGEN	6
3	ANLAGEN	9
	Anlage 1 - Qualifikationsnachweis Blutdruckmessung	10
	Anlage 2 - Qualifikationsnachweis Blutzuckermessung	12
	Anlage 3 - Qualifikationsnachweis s.c. Injektionen (Insulin, Heparin)	14
	Anlage 4 - Qualifikationsnachweis Verabreichen von durch Pflegefachkräfte gestellten Medikamenten	16
	Anlage 5 - Qualifikationsnachweis An- und Ausziehen medizinischer Kompressionstrümpfe	18
	Anlage 6 - Qualifikationsnachweis Anwendung von Inhalationen	20
	Anlage 7 - Qualifikationsnachweis Auflegen von Kälteträgern	22
	Anlage 8 - Delegationsnachweis	24

1 Einführung

Die nachstehenden Empfehlungen zur Delegation ärztlich angeordneter Maßnahmen der Krankenbehandlung (Behandlungspflege) innerhalb einer Pflegeeinrichtung sollen allen Betroffenen Anleitung und Hilfestellung bieten, die Fragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das Personal in ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen möglichst sicher bearbeiten zu können. Die behandelnden Ärzte sollen sicher sein können, dass eine Übernahme von Leistungen, die zunächst ausdrücklich dem Arzt vorbehalten und von ihm zu erbringen sind, durch zugelassene Einrichtungen gewährleistet werden kann und die Durchführung nur durch dafür geeignetes (qualifiziertes) Personal erfolgt. Im Interesse der betreuten und gepflegten Versicherten als auch der Mitarbeitenden und deren Leitungsverantwortlichen sollen Risiken und Pflegefehler vermieden werden.

Grundsätzlich gilt, dass der Inhaber/Träger dafür verantwortlich ist, dass die vorgehaltene Personalausstattung den Qualifikationsanforderungen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen entspricht. Innerhalb des vertraglich vorgegebenen Rahmens (Rahmen- und Versorgungsverträge) ist die verantwortliche Pflegefachkraft für die Planung und den Einsatz der Pflege(fach)kräfte verantwortlich.

Diese Grundsatzempfehlung soll bestehende Unsicherheiten bei Ärzten, verantwortlichen Pflegefachkräften, Mitarbeitern, Trägern, Kostenträgern sowie Patienten zu der Frage, wer darf welche behandlungspflegerische Leistungen, in welchem Umfang möglichst rechtssicher und in hoher Qualität erbringen, minimieren.

Eignung zur Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten:

Grundsätzlich gelten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege für die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Tätigkeiten der Behandlungspflege (Diagnostik und Therapie) als geeignet, wenn sie über eine **formelle Qualifikation** als Pflegefachkraft verfügen. Für den Einsatz, die Anleitung sowie die Überprüfung (z.B. durch Pflegevisiten) des für diese Tätigkeiten geeigneten Personals ist die Pflegedienstleitung verantwortlich. Sofern Mitarbeitende eine sichere Erfüllung der delegierten Maßnahme der Behandlungspflege nicht gewährleisten können, sind sie verpflichtet, dies der verantwortlichen Pflegefachkraft unverzüglich mitzuteilen.

Ein wichtiger Rechtsbezug zur Definition von Pflegefachkräften ist über den § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB XI herstellbar, der die Berufsgruppen für die Leistungserbringung der Pflege als Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in benennt.

Auch das Krankenpflegegesetz gibt eindeutige Hinweise auf den grundsätzlichen Umfang delegationsfähiger ärztlicher Tätigkeiten. Darüber hinaus können einzelne ärztliche Tätigkeiten nach individueller Anleitung auch an geeignete, nach Einschätzung der verantwortlichen Pflegefachkraft, besonders erfahrene und nachweislich geschulte Pflegekräfte übertragen werden (**materielle Qualifikation**). Im Rahmen materieller Qualifikationen ist die Delegation von Leistungen mit invasivem Charakter grundsätzlich ausgenommen. Dazu gehören u. a.: i. m. Injektionen, Katheterisieren oder Sondenbehandlungen sowie Maßnahmen, die besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen (z.B. Dekubitusbehandlung, Wundversorgung, Kompressionsverbände; ..). Empfehlungen dazu enthält die unter Punkt 2 dargestellte Tabelle delegationsfähiger Leistungen.

Neben dem Nachweis des fachbezogenen theoretischen Wissens, ist die erlangte Durchführungssicherheit der Pflegekräfte, nach mehrfacher Anleitung und praktischen Übungen durch Pflegefachkräfte patienten- und leistungsbezogen nachzuweisen.

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist dafür verantwortlich, dass das erlangte theoretische Wissen und die praktische Durchführung regelmäßig überprüft und nachgewiesen werden (z.B. im Rahmen von Pflegevisiten). Die Intervalle dazu sind risikobezogen, individuell festzulegen, der Schweregrad der jeweiligen Erkrankung sowie der Pflegezustand muss dabei berücksichtigt werden.

Auch der Versicherte muss über die Erbringung von ärztlichen delegationsfähigen Tätigkeiten durch Pflegekräfte in Kenntnis gesetzt werden und nachweislich damit einverstanden sein. Die Pflegekraft muss bei Unklarheiten jederzeit eine Pflegefachkraft hinzuziehen können und darf in besonderen Situationen die Leistung nur nach erfolgter Rücksprache mit der verantwortlichen Pflegefachkraft ggf. dem behandelnden Arzt durchführen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Leistungen, deren Durchführung aufgrund einer ärztlichen Anordnung und der Patientenbeauftragung (HKP-Verordnung) erforderlich werden, vorrangig von Pflegefachkräften zu übernehmen sind und die Möglichkeiten materieller Qualifikationen möglichst mit Mitarbeiter/innen erfolgen, die eine förderliche berufliche Qualifikation vorweisen können (z.B. Altenpflege- bzw. Krankenpflegehelfer/innen, Medizinischen Fachangestellten).

Als geeignet zur Übernahme von einzelnen Maßnahmen der Behandlungspflege gelten auch besonders erfahrene, speziell geschulte Mitarbeiter/innen, die entsprechend eingesetzt werden können.

Die Inhalte dieser Empfehlungen werden ab dem 01.05.2017 in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der Qualitätsprüfungen gem. § 114 SGB XI zur Anwendung kommen.

2 Tabelle delegationsfähiger Leistungen

Pflegefachkräfte sind: (Pflegefachkraft = PFK)	Pflegekräfte in dem Sinne sind: (Pflegekräfte = PK)
• Krankenschwester/pfleger / Gesundheits- und Krankenpfleger/in • Kinderkrankenschwester/pfleger / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in • Altenpfleger/in	• Krankenpflegehelfer/in / Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in • Altenpflegehelfer/in • Rettungsassistenten • Notfallsanitäter • Facharbeiter/in für Krankenpflege • Sprechstundenschwestern/Medizinische Fachangestellte • Kinderkrankenpflegehelfer/in / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegehelfer/in • Heilerziehungspfleger/in • erfahrene, individuell geschulte Mitarbeiter/innen

Bei den in der Tabelle aufgeführten Qualifikationen handelt es sich um eine für das Land Mecklenburg-Vorpommern abschließende Aufzählung.

PFK = Pflegefachkraft

PK = Pflegekräfte

* E = Leistungserbringung im Einzelfall mit entsprechender nachweislicher Delegation

Nr. ¹⁸	Leistung	Bemerkung / Qualifikation	PFK	PK
6	Absaugen der oberen Luftwege Bronchialtoilette		ja ja	nein nein
7	Anleitung bei der Behandlungspflege in der Häuslichkeit	nach Standard	ja	nein
8	Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung		ja	nein
9	Blasenspülung		ja	nein
10	Blutdruckmessung		ja	* E
11	Blutzuckermessung		ja	* E
12	Dekubitusbehandlung	ab Grad II	ja	nein
13	Drainagen, Überprüfen von, Versorgen		ja	nein
14	Einlauf/Klistier/Klysma, digitale Enddarmausräumung		ja	nein
15	Flüssigkeitsbilanzierung		ja	nein
16	Infusionen i.V.	bei ärztl. gelegtem periph.	ja	nein

¹⁸ lt. HKP-Richtlinie

Nr. ¹⁸	Leistung	Bemerkung / Qualifikation	PFK	PK
		oder zentr. i.v. Zugang, auch Port-a-cath		
16a	Infusionen s.c.		ja	nein
17	Inhalationen		ja	* E
18	Injektionen - i.v. - i.m. Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztl. verordn. Medikamenten • s.c. Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztl. verordn. Medikamenten	ärztl. Leistung Pflegekräfte – nur Insulin / Heparin	nein ja ja	nein nein * E
19	Injektionen, Richten von	Pflegekräfte nur im Zusammenhang mit der Leistungserbringung	ja	* E
20	Instillation		ja	nein
21	Kälteträger, Auflegen von		ja	* E
22	Katheter, Versorgung eines suprapubischen		ja	nein
23	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins		ja	nein
24 24a	Krankenbeobachtung, spezielle Symptomkontrolle bei Palliativpatienten - insbes. bei Schmerzen - insbes. Wundkontrolle - insbes. Krisenintervention		ja	nein
25	Magensonde, Legen und Wechseln		ja	nein
26	Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen und Inhalationen) 1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten 2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten - über den Magen-Darm-Trakt - über die Atemwege - über die Haut und Schleimhaut - Augentropfen,-salben 3. Kontrolle der regelmäßigen Medikamenteneinnahme 4. Gabe von Betäubungsmitteln	nachweisliches vorheriges Richten der Medikamente durch PFK	ja ja ja ja ja ja ja	nein * E nein * E * E *E nein

Nr. ¹⁸	Leistung	Bemerkung / Qualifikation	PFK	PK
26a	Sanierung von MRSA-Trägern / MRSA-Eradikation - Applikation antibakterielle Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels - Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung - Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen		ja ja ja	nein nein nein
27	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei		ja	nein
27.a	Psychiatrische Krankenpflege Erarbeiten Durchführen Entwickeln	im Einzelfall Heilerziehungspfleger	ja	nein
28	Stomabehandlung		ja	nein
29	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der		ja	nein
30	Venenkatheter, Pflege des zentralen		ja	nein
31	Verbände - Anlegen und Wechseln von Wundverbänden - Anlegen eines Kompressionsverbandes - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen - Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden		ja ja ja ja	nein nein *E nein

Anmerkung: Diese Aufzählung ist nicht abschließend und stellt kein Leistungsverzeichnis dar.

3 Anlagen

Anlage 1 - Qualifikationsnachweis Blutdruckmessung

Im Rahmen von internen und externen Fort- und Weiterbildungen sind folgende Mindestanforderungen an die materielle Qualifikation einer Pflegekraft für die Blutdruckmessung zu erfüllen:

1 Theoretische Grundlagen

1.1 Anatomische und physiologische Grundlagen

Lerninhalt:

- Anatomie und Physiologie des venösen und arteriellen Gefäßsystems

Lernziel:

Pflegekräfte

- haben Kenntnisse über die Krankheitsbilder Hyper- und Hypotonie
- haben Kenntnisse zur Abgrenzung normaler und pathologischer RR Werte, ab wann ist eine Arztinformation bzw. Intervention zwingend erforderlich

1.2 Indikationen / Krankheitsbilder

Lerninhalt:

- Anzeichen einer Hypertonie – Soforthilfe / therapeutische Maßnahmen
- Anzeichen einer Hypotonie – Soforthilfe / therapeutische Maßnahmen

Lernziel:

Pflegekräfte

- haben Kenntnisse zur Beobachtung des Blutdrucks
- haben Kenntnisse zu Messmethoden
- haben Kenntnisse zu Messwerten (altersabhängige physiologische Normalwerte)

1.3 prophylaktische und therapeutische Maßnahmen

Lerninhalt:

- Maßnahmen der Prophylaxe von o.g. Erkrankungen z.B. gesunde Ernährung, Sport
- Maßnahmen der Therapie z.B. Gabe von Blutdruck regulierenden Medikamenten

Lernziel:

Pflegekräfte

- haben Kenntnisse über die prophylaktischen und therapeutischen Verfahren
- können Abweichungen erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten