

**Vertrag gemäß  
§ 89 SGB XI vom 27.01.2020**

über die Vergütung  
von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI

mit Gültigkeit für ab dem **01.03.2020** erbrachte Leistungen

für Pflegedienste, die bei einem der an diesem Vertrag  
beteiligten Verbände der Leistungserbringer organisiert sind

**(AC/TK 36 02 495)**

**Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 27.01.2020 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI  
mit Gültigkeit für ab dem 01.03.2020 erbrachte Leistungen für Pflegedienste, die bei einem der an diesem Vertrag  
beteiligten Verbände der Leistungserbringer organisiert sind (AC/TK 36 02 495)**

Zwischen

folgenden Pflegekassen, Pflegekassenverbänden und  
Vereinigungen der örtlichen Sozialhilfeträger:

Pflegekasse bei der AOK Bayern  
Carl-Wery-Str. 28  
81739 München

BKK Landesverband Bayern  
Züricher Straße 25  
81476 München

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion  
Putzbrunner Str. 73  
81739 München

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und  
Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Pflegekasse  
Postfach 10 13 20  
34013 Kassel

IKK classic  
Meglingerstraße 7  
81477 München

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 den/die Leiter/in der vdek-  
Landesvertretung Verband der Ersatzkassen e. V.  
(vdek), Landesvertretung Bayern, Arnulfstr. 201a,  
80634 München

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.  
Gustav-Heinemann-Ufer 74c  
50968 Köln

und folgenden Vereinigungen der  
Leistungserbringer:

Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V.,  
Landesvertretung Bayern  
Prinzregentenstr. 3  
86150 Augsburg

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre  
Einrichtungen (bad), Landesverband Bayern e.V.  
Eversbuschstr. 137  
80999 München

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege  
(B.A.H.), Landesverband Bayern  
Cicerostr. 37  
10709 Berlin

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.  
(bpa), Landesvertretung Bayern  
Westendstr. 179  
80686 München

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe  
Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V.  
Edelsbergstr. 6  
80686 München

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe  
(VDAB), Landesverband Bayern e.V.  
Werner-Haas-Str. 4  
86153 Augsburg

**Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 27.01.2020 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI  
mit Gültigkeit für ab dem 01.03.2020 erbrachte Leistungen für Pflegedienste, die bei einem der an diesem Vertrag  
beteiligten Verbände der Leistungserbringer organisiert sind (AC/TK 36 02 495)**

Bezirk Mittelfranken  
Danziger Str. 5  
91522 Ansbach

Bezirk Oberbayern  
Prinzregentenstr. 14  
80538 München

Bezirk Oberfranken  
Cottenbacher Str. 23  
95445 Bayreuth

Bezirk Oberpfalz  
Ludwig-Thoma-Str. 14  
93051 Regensburg

Bezirk Niederbayern  
Maximilianstr. 15  
84028 Landshut

Bezirk Schwaben  
Hafnerberg 10  
86152 Augsburg

Bezirk Unterfranken  
Silcherstr. 5  
97074 Würzburg

Bayerischer Bezirketag  
Ridlerstraße 75  
80339 München

- einerseits -

- andererseits -

## **§ 1 Ziele**

- (1) Die Pflegedienste übernehmen nach Maßgabe dieses Vertrages und seiner Anlagen die Versorgung der Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen mit Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, den Erstbesuch und die Änderungen der Pflegeplanung sowie die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI.
- (2) Zwischen den Vertragsparteien besteht Konsens, dass sich aus der Vereinbarung dieser Entgelte keinerlei Präjudizen für andere Leistungsbereiche und Entgeltvereinbarungen ergeben werden.

## **§ 2 Vergütungsfähige Leistungen**

- (1) Gemäß § 36 SGB XI werden körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe) vergütet. Weiterhin werden die Vergütung des Erstbesuches und bei Änderung der Pflegeplanung sowie die Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI geregelt.
- (2) Mehrere Pflegebedürftige, die in einer gemeinsamen Wohnung leben, können pflegerische Betreuungsmaßnahmen und/ oder Hilfen bei der Haushaltsführung gemeinsam in Anspruch nehmen.
- (3) Zu den vergütungsfähigen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen gehören Unterstützungsmaßnahmen in den Bereichen
  - a) Mobilität
  - b) Selbstversorgungsowie pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.
- (4) Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
  - a) bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
  - b) bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation,
  - c) bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag
  - d) durch Maßnahmen der kognitiven Aktivierung
- (5) Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen die aktive Unterstützung/Anleitung bei den bzw. die teil- oder vollständige Übernahme von Aktivitäten der Haushaltsführung.
- (6) Der Inhalt der jeweiligen Leistungen ergibt sich aus der Beschreibung der Leistungskomplexe in der Anlage 1.

### § 3 Vergütungssystem

- (1) Die Vergütung der Leistungen erfolgt im Rahmen eines Komplexleistungssystems nach Punktzahlen oder nach Zeitaufwand, soweit sich aus den nachfolgenden Vorschriften nichts anderes ergibt.
- (2) Der Pflegebedürftige wählt im Rahmen seines Bedarfs an häuslicher Pflegehilfe die Leistungen aus, die der Pflegedienst für ihn erbringen soll. Zu diesem Zweck berät der Pflegedienst den Pflegebedürftigen. Der Pflegedienst erstellt für die von ihm regelmäßig zu erbringenden Leistungen einen Kostenvoranschlag (**beispielhaft Anlage 2**), aus dem die Aufwendungen der Pflegekasse und die des Pflegebedürftigen zu entnehmen sind. Will der Pflegebedürftige in der individuellen Pflegesituation weitere Leistungen in Anspruch nehmen, ist der Kostenvoranschlag entsprechend zu ergänzen. Dies gilt nicht bei nur vorübergehender Änderung der zu erbringenden Leistungen.
- (3) Der Pflegedienst erbringt die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI bezogen auf den individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen. Der Pflegedienst ist verpflichtet, alle Leistungen dieses Vertrages anzubieten.
- (4) Abweichend von § 5 des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI i.d.F. vom 1. April 1995 für die Leistungen der ambulanten Pflege entfällt die Bestätigung der Leistungserbringung auf dem Nachweis durch den Pflegebedürftigen. Die Notwendigkeit der Erfassung der erbrachten Leistungen in der Pflegedokumentation bleibt hiervon unberührt.
- (5) Werden pflegebezogene Betreuungsleistungen oder Hilfen bei der Haushaltsführung in ambulanten betreuten Wohngruppen oder in gemeinsamen Haushalten in Anspruch genommen, wird der Zeitaufwand anteilig abgerechnet.

### § 4 Vergütung

#### A: Leistungskomplexsystem:

- (1) Bei der Vergütung der Leistungen im Rahmen eines Komplexleistungssystems nach Punktzahlen beträgt der **Punktwert 0,0554 €**. Die Punktzahlen gelten als Maßstab, der das Verhältnis der einzelnen Leistungskomplexe zueinander darstellt. Der Leistungsaufwand kann in der individuellen Pflegesituation unterschiedlich sein; dies ist bei der pauschalen Bewertung berücksichtigt.

#### B: Vergütung nach Zeit:

- (2) Auf Wunsch der/des Pflegebedürftigen oder seines gesetzlichen Betreuers können Leistungen auch nach Zeitaufwand abgerechnet werden. Die Entscheidung darüber obliegt alleine der / dem Pflegebedürftigen bzw. deren/dessen rechtlichem Vertreter.
- (3) Der Stundensatz für körperbezogene Pflegemaßnahmen beträgt **46,56 €** bzw. je angefangene 5 Minuten: **3,88 €**, der Stundensatz für Hilfen bei der Haushaltsführung beträgt **25,32 €** bzw. je angefangene 5 Minuten **2,11 €**. Der Stundensatz für pflegerische Betreuungsmaßnahmen beträgt **33,60 €** je Stunde bzw. je angefangene 5 Minuten **2,80 €**.
- (4) Im Rahmen der Zeitvergütung abrechnungsfähig ist die Anwesenheitszeit der Pflegedienstmitarbeiter beim Pflegebedürftigen vor Ort von der Ankunft an der Wohnungstür bis zum Verlassen der Wohnung. Hierbei sind Zeiten zu berücksichtigen, in denen körperbezogene

Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbracht werden. Für die Erfassung der Leistungszeiten gelten die Regelungen aus § 7 Abs. 2.

- (5) Eine Mischung der Abrechnungssystematik zwischen Abrechnung nach Zeit und Leistungskomplexen innerhalb einer Leistungsart bei einem Hausbesuch ist nicht möglich.

**C: Für Abrechnung nach Zeit und Leistungskomplexe gilt gleichermaßen:**

- (6) Mittel zum Schutz der Pflegekräfte sind betrieblicher Sachaufwand und als solcher mit der Vergütung abgegolten. § 40 Abs. 2 SGB XI bleibt davon unberührt. Der Pflegedienst unterliegt nach arbeitsschutzrechtlichen Maßgaben der Verpflichtung, bei festgestelltem Befall (ärztliche Verordnung) des jeweils versorgten Versicherten mit einem multiresistenten Erreger seinem Mitarbeiter die im Einzelfall erforderliche Schutzkleidung zur Verfügung zu stellen (s. TRBA250, RKI-Richtlinie). Eine Verwendung derselben Schutzkleidung für mehrere Hausbesuche ist nicht zulässig. Für den Mehraufwand bei der Beschaffung der jeweils notwendigen Schutzkleidung sowie den Aufwand beim An-/Ausziehen der Schutzkleidung wird je Hausbesuch ein Betrag von 2,25 € vergütet. Soweit beim selben Hausbesuch auch Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, reduziert sich dieser Betrag auf 1,13 €.
- (7) Leistungen, die durch Pflegekräfte außerhalb ihrer Arbeitszeit erbracht werden, sind nicht abrechenbar.
- (8) Leistungen nach diesem Vertrag, die durch Praktikanten, FSJ'ler oder Bundesfreiwilligendienstleistende erbracht werden, sind durch den Pflegedienst nicht abrechenbar. Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung zur Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege - und Altenpflege sind keine Praktikanten.
- (9) Werden aus beim Pflegebedürftigen liegenden Gründen zur ordnungsgemäßen Ausführung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen zwei Personen benötigt, kann der Pflegedienst für solche Einsätze bei den Leistungskomplexen der körperbezogenen Maßnahmen die 1,5-fache Vergütung berechnen. Erfolgt die Abrechnung nach Zeit, kann für jede Pflegekraft die Zeit berechnet werden, die tatsächlich zur Pflege am Pflegebedürftigen benötigt wird. Die Erforderlichkeit solcher Doppeleinsätze soll im Vorhinein über den MDK abgeklärt werden.
- (10) Soweit die in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Höchstgrenzen ausgeschöpft sind, darf der Leistungserbringer auch weiterhin nur den in dem vorliegenden Vertrag im einzelnen geregelten Punktwert bzw. Stundensatz im Verhältnis zum Pflegebedürftigen oder ggf. zur Sozialhilfe berechnen. Die im Vertrag geregelten Abrechnungseinschränkungen gelten auch im Verhältnis zu den Sozialhilfeträgern.
- (11) Die Beschreibung der Leistungen und ihre Bewertung ergeben sich aus **Anlage 1** zu diesem Vertrag. Die Leistungen sind so zu erbringen, dass sie darauf ausgerichtet sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten (aktivierende Pflege) soweit dies durch pflegerische Maßnahmen nach diesem Vertrag zu erreichen ist. Die Übernahme der Leistungen gilt generell sowohl für die Hilfestellung als auch für die Beaufsichtigung und Anleitung der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen. In den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe ist der Aufwand für die Maßnahmen der aktivierenden Pflege bereits berücksichtigt. Mehrkosten für Wochenend- und Feiertageinsätze sowie Nachteinsätze sind bereits im Punktwert / Stundensatz enthalten (vgl. **Anlage 1**). Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von dem Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörigen weder fordern noch annehmen.
- (12) Ein Leistungskomplex ist für jeden Pflegebedürftigen je Hausbesuch grundsätzlich nur einmal abrechenbar, auch wenn mehrere Leistungsinhalte darin genannt sind und Teilleistungen

mehrfach innerhalb eines Hausbesuches erbracht werden. Dies gilt nicht für ambulant betreute Wohngruppen. Dort ist auf Antrag eines Vertragspartners in begründeten Fällen darauf hinzuwirken, dass abweichende Regelungen zwischen dem Träger des Pflegedienstes sowie seines Verbandes, dem Sozialhilfeträger und den Pflegekassen getroffen werden.

(13) § 82 Abs. 5 SGB XI ist zu beachten.

(14) Mit ambulanten Pflegediensten, die im betreuten Wohnen, in Wohngemeinschaften oder in einem Wohnbereich von stationären Einrichtungen Pflegebedürftige versorgen, sind auf Verlangen einer Vertragspartei in Einzelfällen und nach Abstimmung mit dem Leistungserbringerverband des betroffenen Pflegedienstes abweichende Regelungen zu schließen.

(15) Die Vergütung für Dienstleistungen ambulanter Pflegedienste im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB XI darf die Preise für vergleichbare Leistungen aus diesem Vertrag nicht übersteigen (§ 45b Abs. 4 SGB XI).

## **§ 5 Anfahrtspauschale**

- 1) Die Anfahrtspauschale beträgt pro Einsatz tagsüber (08.00 Uhr bis 20.00 Uhr) 4,60 € und nachts (20.01 Uhr bis 07.59 Uhr) 6,58 €. Mit dieser Pauschale ist der Aufwand für alle mit den erbrachten Leistungen in Zusammenhang stehenden Wege abgegolten. Zusätzliche Kosten dürfen nicht berechnet werden.
- 2) Bei gleichzeitiger Abgabe mehrerer Leistungen anlässlich eines Hausbesuches ist die Anfahrtspauschale insgesamt nur einmal abrechenbar. Dies gilt auch, wenn in einem Haushalt mehrere Versicherte versorgt werden. Die Anfahrtspauschale ist dann durch die Anzahl der mit SGB XI-Leistungen versorgten Versicherten zu dividieren.
- 3) Werden neben den Leistungen nach diesem Vertrag auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht, so beträgt die Anfahrtspauschale pro Einsatz tagsüber (08.00 Uhr bis 20.00 Uhr) 2,30 € und nachts (20.01 Uhr bis 07.59 Uhr) 3,29 €. Bei Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag neben Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei mehreren Versicherten beträgt die Pauschale pro Einsatz und Versicherten tagsüber (08.00 Uhr bis 20.00 Uhr) 1,15 € und nachts (20.01 Uhr bis 07.59 Uhr) 1,65 € berechnet. Dazu wird zunächst durch die rechtlichen Grundlagen und anschließend durch die Anzahl der betroffenen Versicherten dividiert.
- 4) Für die Versorgung von Versicherten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften durch Pflegekräfte von außen beträgt die Anfahrtspauschale bei alleiniger Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag pro Einsatz und Versicherten tagsüber (08.00 Uhr bis 20.00 Uhr) 0,76 € und nachts (20.01 Uhr bis 07.59 Uhr) 1,10 €. Bei Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag beträgt die Pauschale pro Einsatz und Versicherten tagsüber (08.00 Uhr bis 20.00 Uhr) 0,39 € und nachts (20.01 Uhr bis 07.59 Uhr) 0,55 €.
- 5) Werden Versicherte in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, im betreuten Wohnen oder im Wohnbereich einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt, so ist die Pauschale nicht abrechnungsfähig, wenn:
  - a) die Versorgung durch einen dort angesiedelten Pflegedienst erfolgt, oder
  - b) die Pflegekräfte des versorgenden Pflegedienstes sich dort dauernd während der Dienstzeit aufhalten, oder

- c) der Ort der Leistungserbringung im gleichen Haus ist, wie der Sitz des Pflegedienstes  
(Anschrift im Versorgungsvertrag des Pflegedienstes)

und daher keine Anfahrt für die Versorgung der/s jeweiligen Versicherten anfällt.

- 6) Für Anfahrten, die durch Pflegekräfte von deren Wohnung aus zu deren ständiger Arbeitsstelle als unbezahlter Arbeitsweg erbracht werden, ist keine Anfahrtspauschale abrechenbar.

### **§ 6 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI**

- (1) Durch die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollen Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige im Rahmen einer pflegefachlichen Beratung unterstützt und gestärkt werden. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs-, und Unterstützungsangebote der Pflegekassen und ggf. des für sie zuständigen Pflegestützpunktes nach § 7a SGB XI hinzuweisen.
- (2) Die Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung sind verbindlicher Bestandteil dieser Vereinbarung und damit verpflichtend zu beachten.
- (3) Der Nachweis über den Beratungsbesuch ist gemeinsam mit der Abrechnung beim zuständigen Kostenträger einzureichen. Dabei ist das jeweils aktuelle bundesweit gültige Formular zu verwenden, das beim GKV-Spitzenverband Bund zum Download zur Verfügung steht.
- (4) Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI dürfen ausschließlich durch Personen durchgeführt werden, die mindestens über eine der Qualifikationen Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in verfügen.
- (5) Die Abrechnung der Beratungseinsätze erfolgt nach Zeitaufwand. Dabei können für die Dauer des Beratungseinsatzes im Haushalt des Versicherten einschließlich der Anfahrt zum jeweiligen Versicherten je angefangene 5 Minuten 4,25 € (GPOS 09 02 1 2 9) abgerechnet werden, Maximal sind insgesamt 75 Minuten je Beratungseinsatz abrechenbar. Mit dieser Vergütung sind alle notwendigen Personal- und Sachkosten (jedoch keine Investitionskosten, vgl. § 82 SGB XI) für diesen Einsatz abschließend abgegolten.
- (6) Soweit die Abrechnung der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch den ambulanten Dienst auf elektronischem Weg (§ 105 SGB XI) erfolgt, sind auch die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI über Datenträgeraustausch nach § 105 SGB XI abzurechnen.



## **§ 7 Abrechnung**

- (1) Die Abrechnung erfolgt monatlich gemäß dem Rahmenvertrag zu § 75 SGB XI in der ab 1. April 1995 geltenden Fassung und ist in der Regel bis zum Ende des Folgemonats der Leistungserbringung bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.
- (2) Den Abrechnungen ist der Nachweis über die erbrachten Leistungen nach § 5 Abs. 2 des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI beizufügen.
  - a) Bei der Abrechnung von Leistungskomplexen sind in diesem Nachweis die erbrachten Leistungskomplexe nach Art, Menge einschließlich des Tages und des Beginns, aufzuzeigen.
  - b) Bei der alleinigen Abrechnung nach Zeit ist der Beginn und das Ende des Gesamteinsatzes anzugeben. Zusätzlich ist jeweils für körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen die Dauer der jeweiligen Zeitleistung anzugeben, nicht Beginn und Ende der einzelnen Leistungen.
  - c) Bei der Erbringung unterschiedlicher Leistungsarten in Kombination von Zeitleistungen und Leistungskomplexen sind die erbrachten Leistungskomplexe nach Art, Menge einschließlich des Tages und des Beginns des Hausbesuchs und die Dauer der jeweiligen Zeitleistung anzugeben, nicht Beginn und Ende der einzelnen Leistungen.
  - d) Um Doppelzahlungen zu vermeiden, bleiben Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei der Erbringung von Zeitleistungen zeitlich unberücksichtigt.
- (3) Der sich aus der Multiplikation der Punktzahlen mit dem Punktwert ergebende Betrag ist der Höchstbetrag für die einzelnen Leistungskomplexe; insoweit wird auf die Leistungskomplexübersicht (*Anlage 3*) hingewiesen.
- (4) Auf Anfrage einer Pflegekasse stellt der Pflegedienst dem MDK im begründeten Einzelfall die Pflegedokumentation sowie gegebenenfalls weitere Unterlagen über die erbrachten Pflegeleistungen zur Verfügung.
- (5) Aus jeder Abrechnung des Pflegedienstes muss dessen Verbandszugehörigkeit ersichtlich sein.
- (6) Abrechnungscode/Tarifkennzeichen für diesen Vertrag ist: **36 02 495**.
- (7) Über Form und Inhalte des Abrechnungsverfahrens sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches nach § 105 SGB XI stehen die Beteiligten im Dialog.

## **§ 8 In-Kraft-Treten**

- (1) Dieser Vertrag gilt für alle in der Zeit ab 01.03.2020 erbrachten Leistungen. Er kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines Kalendermonats, frühestens zum 31.08.2020, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, bzw. den Arbeitskreis privater Pflegevereinigungen in Bayern, erfolgen. Nach Beendigung der Laufzeit gilt er gem. § 89 Abs. 3 Satz 4 i.V.m. § 85 Abs. 6 Satz 3 SGB XI bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages weiter.

- (2) Mit dem In-Kraft-Treten dieses Vertrages ist mit jedem Pflegebedürftigen ein neuer Kostenvoranschlag nach § 3 Abs. 2 (beispielhaft Anlage 2) zu erstellen und mit der ersten Abrechnung nach diesem Vertrag bei der zuständigen Pflegekasse oder der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle einzureichen. Eine Vergütung kann hierfür nicht erhoben werden. Dieser Kostenvoranschlag ist sowohl vom Pflegedienst, als auch vom/von der Pflegebedürftigen zu unterschreiben. Für Bestandskunden verzichten die Pflegekassen auf die grundsätzliche Vorlage von Kostenvoranschlägen mit der ersten Abrechnung, behalten sich jedoch ausdrücklich die Anforderung im Einzelfall vor.

## **§ 9 Salvatorische Klausel**

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

### **Protokollnotiz der Vertragspartner:**

Die Vertragspartner sind sich einig, dass der Vertrag im Hinblick auf die Erweiterungen der Leistungen nach SGB XI und SGB XII einer gemeinsamen ökonomischen Bewertung des Leistungskomplexsystems, insbesondere des Stundensatzes für pflegerische Betreuungsmaßnahmen, bedarf.

### **Protokollnotiz zum Genehmigungsvorbehalt der Sozialhilfeträger bzgl. des Wechsels im Abrechnungsmodus**

Die Sozialhilfeträger weisen hinsichtlich eines Wechsels der Vergütung darauf hin, dass nur vor Beginn der Leistung dem Sozialhilfeträger bekannte Leistungsgegenstände (Komplexeleistung/Zeitabrechnung) erstattet werden können.

### **Protokollnotiz wegen zu erwartender Änderungen aufgrund des Pflegelöhneverbesserungsgesetzes:**

Sofern aufgrund des Pflegelöhneverbesserungsgesetzes der Mindestlohn für Nichtfachkräfte angehoben wird bzw. ein Mindestlohn für Pflegefachkräfte eingeführt wird und/oder ein Tarifvertrag für die in der Pflege tätigen Unternehmen für allgemeinverbindlich erklärt wird, verpflichten sich die Parteien, die den Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 15.01.2020 geschlossen haben, unverzüglich Gespräche aufzunehmen, um gemeinsam zu verhandeln, ob und inwiefern aufgrund der eingetretenen Änderungen eine Anpassung des Vertrages gemäß § 89 SGB XI vom 15.01.2020 erforderlich ist.

### **Protokollnotiz zu den Prophylaxen**

Die Vergütung prophylaktischer Maßnahmen kann derzeit noch nicht abschließend geregelt werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass eine Doppelberechnung der prophylaktischen Leistungen durch die Pflegedienste nicht zulässig ist.

### **Protokollnotiz des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.**

1. Bei Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung, bei denen gem. § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die der Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt hat, die Pflegeleistung mit dem Versicherten selbst ab.
2. Die Befugnisse, die der Vertrag dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen einräumt, werden auch dem medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF) eingeräumt.

### **Protokollnotiz der Leistungserbringer zur Vergütung des Erstbesuchs**

Die Vertragspartner stellen fest, dass derzeit systembedingt keine andere Regelung für die Vergütung des Erstbesuchs gefunden werden konnte. Insbesondere aufgrund der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gestiegenen Anforderungen an die Leistungserbringer und dem damit auch beim Erstbesuch verbundenen zeitlichen Mehraufwand streben die Leistungserbringer an, spätestens nach Beendigung der Laufzeit dieses Vertrages eine Vergütungsregelung für den Erstbesuch zu vereinbaren, die den dort bestehenden zeitlichen Aufwand besser berücksichtigt.

### **Protokollnotiz zum Datenträgeraustausch**

Zwischen den Vertragsparteien besteht Einverständnis, gemeinsam auf die Einführung des Datenträgeraustausches hinzuwirken, um eine baldmögliche Umsetzung zu gewährleisten.

**Anlage 1 Leistungskomplexe**

**Anlage 2 Formblatt Kostenvoranschlag**

**Anlage 3 Leistungsübersicht mit Punktzahlen und Punktwert**

**Anlage 4 Verpflichtende Beitrittserklärung**

**München, 27.01.2020**

**Unterschriften der Vertragspartner**

\_\_\_\_\_  
Pflegekasse bei der AOK Bayern

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V.,  
Landesvertretung Bayern

\_\_\_\_\_  
BKK Landesverband Bayern

\_\_\_\_\_  
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre  
Einrichtungen e.V. (bad), Geschäftsstelle Süd

\_\_\_\_\_  
IKK classic

\_\_\_\_\_  
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege  
(B.A.H.), Landesverband Bayern

\_\_\_\_\_  
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

\_\_\_\_\_  
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.  
(bpa), Landesvertretung Bayern

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau

\_\_\_\_\_  
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe,  
Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V.

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

\_\_\_\_\_  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe  
(VDAB), Landesverband Bayern e.V.

\_\_\_\_\_  
Bayerischer Bezirketag

\_\_\_\_\_  
Bayerischer Bezirketag in Bevollmächtigung  
für die 7 bayerischen Bezirke

\_\_\_\_\_  
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.