

**Vertrag gemäß
§ 89 SGB XI vom 18.11.2025**
über die Vergütung
der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gemäß § 36 SGB XI
mit Gültigkeit für ab dem **01.01.2026** erbrachte Leistungen
für Pflegedienste des Bayerischen Roten Kreuzes KdöR

(AC/TK 35 02 526)

Zwischen

folgenden Pflegekassen, Pflegekassenverbänden und Vereinigungen der örtlichen Sozialhilfeträger:

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

Bayerisches Rotes Kreuz
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Landesgeschäftsstelle
Bauernfeindstr. 17
80939 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 Kranken- und Pflegekasse
Postfach 10 13 20
34013 Kassel

IKK classic
Aidenbachstr. 56
81379 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

Bezirk Mittelfranken
Danziger Str. 5
91522 Ansbach

Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstr. 14
80538 München

Bezirk Oberfranken
Cottenbacher Str. 23
95445 Bayreuth

Vertrag gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI vom 18.11.2025 mit Gültigkeit für ab dem 01.01.2026 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des BRK (AC/TK 35 02 526)

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 Bezirkstag
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 Sachleistungen bei häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI und die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie den Erstbesuch und die Änderung der Pflegeplanung.
- (2) Zwischen den Vertragsparteien besteht Konsens, dass sich aus der Vereinbarung dieser Entgelte keinerlei Präjudizien für andere Leistungsbereiche und Entgeltvereinbarungen ergeben werden.

§ 2 Vergütungsfähige Leistungen

- (1) Gemäß § 36 SGB XI werden körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und Unterstützung und Förderung bei Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (gemäß § 14 Nr. 5 SGB XI) als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe) vergütet. Weiterhin werden die Vergütung des Erstbesuches und die 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 sowie Unterstützung und Förderung bei Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen gemeinsam in Anspruch nehmen. Eine Wohngemeinschaft gilt als gemeinsame Wohnung.
- (3) Zu den vergütungsfähigen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen gehören Unterstützungsmaßnahmen in den Bereichen
 - a) Mobilität
 - b) Selbstversorgung sowie
 - c) die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen mit dem Ziel der Aktivierung und Förderung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen.
- (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, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag,
 - c) durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.
- (5) Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen die (aktive) Unterstützung/Anleitung bei bzw. die teil- oder vollständige Übernahme von Aktivitäten der Haushaltsführung.

- (6) Unterstützung und Förderung bei Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (gemäß §14 Nr. 5 SGB XI) umfassen insbesondere
- Edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung) in Bezug auf:
 - a) Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, Körpernahe Hilfsmittel,
 - b) Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern,
 - das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
 - Besorgung von Medikamenten, Rezepten und Verordnungen.

- (7) 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 dem 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 längerfristig weitere Leistungen in Anspruch nehmen, ist der Kostenvoranschlag entsprechend zu ergänzen. Dies gilt nicht bei nur vorübergehender Änderung (bis zu maximal 2 Monate innerhalb eines Kalenderjahres) der zu erbringenden Leistungen, soweit eine finanzielle Abweichung von maximal 15 % im Verhältnis zum aktuellsten Kostenvoranschlag nicht überschritten wird.
- (3) Der Pflegedienst erbringt 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 gem. § 2 Abs. 2 pflegerische Betreuungsmaßnahmen, und/oder Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Unterstützung und Förderung bei Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen gemeinschaftlich in Anspruch genommen, wird der Zeitaufwand anteilig abgerechnet.

§ 4 Vergütung

- (1) Auf Wunsch des Pflegebedürftigen oder seines gesetzlichen Betreuers können Leistungen nach Leistungskomplexen und/oder nach Zeitaufwand abgerechnet werden.
- (2) Die Vergütung der Leistungen im Rahmen eines Komplexleistungssystems erfolgt nach Punktzahlen, soweit sich aus den nachfolgenden Vorschriften nichts anderes ergibt. Der Punktewert beträgt **0,09415 €**. 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.
- (3) Im Rahmen einer Vergütung nach Zeit sind folgende Stundensätze abrechenbar. Der Stundensatz für körperbezogene Pflegemaßnahmen beträgt **75,84 €** (bzw. 6,32 € je angefangener 5 Minuten), der Stundensatz für Hilfen bei der Haushaltsführung beläuft sich auf **41,04 €** (bzw. 3,42 € je angefangener 5 Minuten). Pflegerische Betreuungsmaßnahmen sind ausschließlich nach Zeitaufwand abrechenbar. Der Stundensatz für die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen beträgt **56,88 €** (bzw. 4,74 € je angefangener 5 Minuten). Unterstützung und Förderung bei Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (gem. § 14 Nr. 5 SGB XI) sind ausschließlich nach Zeitaufwand abrechenbar. Der Stundensatz hierfür beträgt **75,84 €** (bzw. 6,32 € je angefangene 5 Minuten).
- (4) Eine Mischung der Abrechnungssystematik bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen innerhalb eines Hausbesuches ist nicht möglich.
- (5) Leistungen, die durch Pflegekräfte während ihrer unbezahlten Zeit erbracht werden, sind nicht abrechenbar.
- (6) Körperbezogene Pflegemaßnahmen, die durch FSJ'ler oder Praktikanten erbracht werden, sind durch den Pflegedienst nicht abrechenbar. Bei Bundesfreiwilligendienstleistenden gilt dies für alle Leistungen nach diesem Vertrag.
- (7) Werden aus beim Pflegebedürftigen liegenden Gründen zur ordnungsgemäßen Ausführung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen zwei Personen benötigt, kann der Pflegedienst für solche Einsätze bei den Leistungskomplexen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen 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 Doppelinsätze soll im Vorhinein über den MDK abgeklärt werden.
- (8) 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 Punktewert bzw. Stundensatz im Verhältnis zum Pflegebedürftigen oder ggf. zur Sozialhilfe berechnen.
- (9) Mittel zum Schutz der Pflegekräfte sind betrieblicher Sachaufwand und als solcher mit der Vergütung abgegolten. § 40 Abs. 2 SGB XI bleibt davon unberührt.

- (10) Die Beschreibung der Leistungskomplexe und ihre Bewertung sowie die nach Zeitaufwand abrechenbaren Inhalte ergeben sich aus **Anlage 1** zu diesem Vertrag. Die Leistungen sind so zu erbringen, dass sie darauf ausgerichtet sind, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit so weit wie möglich zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern, oder die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu fördern, soweit dies durch entsprechende Maßnahmen nach diesem Vertrag zu erreichen ist.
- (11) In den vereinbarten Vergütungen ist der Aufwand für die Maßnahmen der aktivierenden Pflege bereits berücksichtigt. Mehrkosten für Wochenend- und Feiertagseinsätze sowie Nachteinsätze sind bereits im Punktwert / Stundensatz enthalten (vgl. **Anlage 1**). Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörigen weder fordern noch annehmen.
- (12) § 82 Abs. 5 SGB XI ist zu beachten.
- (13) 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 oder Hilfen bei der Haushaltsführung erbracht werden. Die Dauer der SGB XI Leistungszeiten im Sinne des § 6 Abs. 7 wird separat dokumentiert. Der Beginn und das (rechnerische) Ende des Gesamteinsatzes gemäß SGB XI (nicht Beginn und Ende der einzelnen Leistungen) werden auf dem Leistungsnachweis dokumentiert. Um Doppelzahlungen zu vermeiden, bleiben Leistungen der häuslichen Krankenpflege zeitlich unberücksichtigt.
- (14) Auf Antrag eines Vertragspartners ist in begründeten Einzelfällen darauf hinzuwirken, dass von diesem Vertrag abweichende Regelungen zwischen dem Träger des Pflegedienstes, dem Sozialhilfeträger und den Pflegekassen getroffen werden.
- (15) Der Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI enthält folgende Dienstleistungen durch Pflegefachkräfte des Pflegedienstes: Beratung, Hilfestellung und Mitteilung des Ergebnisses an die zuständige Pflegekasse und erfolgt auf der Basis der Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI. Es ist der bundesweit gültige Vordruck zu verwenden. 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 **6,63 € (GPOS 090212A), maximal 75 Minuten**, abgerechnet werden. Auf Wunsch des Versicherten kann jeder zweite Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, abweichend von der in Satz 4 definierten Regelung, auch per Videokonferenz durchgeführt werden. Hierfür können je angefangene 5 Minuten **6,63 € (GPOS 090212B), maximal 30 Minuten**, abgerechnet werden. Die erstmalige Beratung erfolgt jedoch im häuslichen Bereich der pflegebedürftigen Person. Mit dieser Vergütung sind alle notwendigen Personal-, Sach- und Investitionskosten für diesen Einsatz abschließend abgegolten.

§ 5 Anfahrtspauschale

- (1) Die Anfahrtspauschale tagsüber (6:00 bis 21:00 Uhr) beträgt tagsüber pro Einsatz höchstens **7,22 €**. Für Nachteinsätze (21:01 bis 5:59 Uhr) beträgt die Anfahrtspauschale höchstens **10,33 €** pro Einsatz.

- (2) Wird von einer Pflegekraft anlässlich eines Hausbesuches neben den Leistungen nach diesem Vertrag ärztlich angeordnete Behandlungspflege nach SGB V erbracht, werden abweichend von Abs. 1: **3,61 €** am Tag bzw. **5,17 €** in der Nacht pro Einsatz berechnet. Wird von einer Pflegekraft anlässlich eines Hausbesuches bei mehreren Pflegebedürftigen in einem Haushalt neben den Leistungen nach diesem Vertrag ärztlich angeordnete Behandlungspflege nach SGB V erbracht, werden abweichend von Abs. 1 am Tag **1,81 €** bzw. in der Nacht **2,58 €**, berechnet. Dazu wird zuerst durch die rechtlichen Grundlagen (SGB V/SGB XI) und anschließend durch die Anzahl der Pflegebedürftigen dividiert.
- (3) Bei Pflegebedürftigen, die im Betreuten Wohnen, oder in einem Wohnbereich einer stationären Pflegeeinrichtung mit angeschlossener Wohneinrichtung wohnen und von einem dort angesiedelten ambulanten Pflegedienst (ausschlaggebend ist dabei die Anschrift des Pflegedienstes im Versorgungsvertrag) versorgt werden, ist keine Anfahrtspauschale abrechenbar. Dies gilt analog, wenn sich Pflegekräfte im betreuten Wohnen, Wohngemeinschaften oder in einem Wohnbereich von stationären Einrichtungen dauernd aufhalten und deshalb keine gesonderte Anfahrt für die Versorgung des jeweiligen Pflegebedürftigen anfällt. Ausschlaggebend ist dabei die Anschrift des Pflegedienstes im Versorgungsvertrag. Die Anfahrtspauschale bei Anfahrten zum betreuten Wohnen, die durch Pflegekräfte in ihrer unbezahlten Zeit erbracht werden, ist nicht abrechenbar.
- (4) Für die Versorgung von Versicherten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in denen kein ambulanter Dienst eingegliedert ist, sondern die Versorgung durch Pflegekräfte von außen stattfindet, ist als Anfahrtspauschale je versorgtem Versicherten bei Erbringung von Leistungen nach dem SGB XI allein bei diesem Versicherten ein Betrag von **1,20 €**, nachts ein Betrag von **1,72 €**, abrechenbar. Bei Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Leistungen der Pflegeversicherung beim selben Hausbesuch kann tagsüber ein Betrag von **0,60 €**, nachts **0,86 €**, angesetzt werden.
- (5) Sofern bei mehreren Pflegebedürftigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben, Leistungen nach dem SGB XI innerhalb eines Einsatzes erbracht werden, kann die vereinbarte Anfahrtspauschale insgesamt nur einmal abgerechnet werden.

§ 6 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. Den Abrechnungen ist der Nachweis über die erbrachten Leistungen nach § 5 Abs. 2 des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI beizufügen. In diesem Nachweis sind die erbrachten Leistungskomplexe nach Art, Menge einschließlich des Tages und des Beginns, bei Abrechnung nach Stunden/5-Minutentakt auch des Endes der Leistung aufzuzeigen. Über Form und Inhalte des Abrechnungsverfahrens sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches nach § 105 SGB XI stehen die Beteiligten im Dialog.
- (2) Der ersten Abrechnung nach diesem Vertrag ist für jeden betreuten Pflegebedürftigen ein Kostenvoranschlag zu erstellen. Sofern die Erhöhung der Vergütung zum vorherigen Vertrag 2 % jeweils nicht übersteigt, erfolgt zunächst eine allgemeine Information an die Pflegebedürftigen. Auf Wunsch der Pflegebedürftigen ist ein Kostenvoranschlag zu erstellen, der vom Pflegedienst und vom Pflegebedürftigen bzw. der rechtlichen Vertretung zu unterschreiben ist. Er ist der zuständigen Pflegekasse sowie ggf. dem Sozialhilfeträger mit der ersten Abrechnung vorzulegen.

- (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 1**) hingewiesen.
- (4) Auf Anfrage einer Pflegekasse stellt der Pflegedienst dem MD 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: **35 02 526**.
- (7) Aus dem Leistungsnachweis muss sich bei der Zeitvergütung die jeweils für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und die Hilfen bei der Haushaltsführung erbrachte Zeit eindeutig ergeben. Dabei ist die Dauer der Zeitleistung anzugeben.

§ 7 Ausbildungsumlagezuschlag nach § 33 Abs. 6 PfIBG

- (1) Der Pflegedienst berechnet mit dem von der Pflegeausbildungsfonds Bayern GmbH (PAF) festgesetzten Zuschlagswert für den Ausbildungsumlagezuschlag den prozentuellen Aufschlag auf den anfallenden Rechnungsbetrag für geleistete Häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI, der um Anfahrtspauschalen und ggf. anteilig berechnete Investitionskosten vermindert wurde, für die / den jeweiligen Pflegebedürftige/-n. Der sich daraus ergebende Betrag wird auf dem Kostenvoranschlag und der Abrechnung als gesonderte Abrechnungsposition mit der GPOS 01010AZU und mit der Bezeichnung „Ausbildungsumlagezuschlag nach § 33 Abs. 6 PfIBG“ ausgewiesen.
- (2) Die Abführung der nach Absatz 1 einbehaltenen Beträge an die Pflegeausbildungsfonds Bayern GmbH ist kein Bestandteil dieses Vertrags und ausschließlich im Verhältnis des Pflegedienstes zur Pflegeausbildungsfonds Bayern GmbH zu regeln.

§ 8 In-Kraft-Treten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag gilt für alle in der Zeit ab 01.01.2026 durch Mitgliedsdienste des Bayerischen Roten Kreuzes erbrachten Leistungen, die das BRK zur Verhandlungsführung mit den Kostenträgern beauftragt haben und für die eine entsprechende Vollmacht bei der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern vorgelegt wurde.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines Kalendermonats, frühestens zum 31.12.2026, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, bzw. an das BRK, erfolgen. Nach Beendigung der Laufzeit gilt er gem. § 89 Abs. 3 Satz 4 i.V. mit § 85 Abs. 6 Satz 3 SGB XI bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages weiter.

- (3) Die Berechnung der in diesem Vertrag enthaltenen Vergütungen erfolgte unter Einbezug folgender Annahmen einer kommenden tariflichen Einigung des Bayerischen Roten Kreuzes mit der Gewerkschaft verdi: ab 01.03.2026: Steigerung des Grundgehaltes um 3,5%, Steigerung der Jahressonderzahlung auf 90% für alle Mitarbeiter, Steigerung der Schichtzulage von derzeit 35 € auf 100 € sowie eine Steigerung des Arbeitgeberanteils zu den Sozialversicherungsbeiträgen ab 01.01.2026 um 0,4%. Die Vertragsparteien vereinbaren, diese Annahmen im Folgevertrag zu überprüfen. Ggf. entstandene Unter- oder Überzahlungen sind bei den Vergütungen des Folgevertrags zu berücksichtigen.
- (4) Von Seiten des BRK wurde in die Verhandlungen eingebracht, dass die pauschale Vergütung für Einsätze nach § 5 dieses Vertrags für mehrere BRK-Pflegedienste nicht ausreichend sei. Die Kostenträger sagen unter Hinweis auf § 89 Abs. 3 S. 3 SGB XI zu, dass abweichend von der in § 5 geregelten Pauschale im Einzelfall höhere Kosten vereinbart werden können, wenn die tatsächlichen Aufwendungen aufgrund besonderer Umstände nicht durch die vereinbarte Pauschale gedeckt sind. Die Vertragsparteien werden nach Vorlage entsprechender Nachweise, die sich auf die Leistungserbringung und Kostenstruktur zu den Wegepauschalen beziehen, eine gesonderte Vereinbarung treffen.

§ 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 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.

Anlage 1 Leistungsübersicht mit Punktzahlen, Punktwert und Zeitvergütung

Anlage 2 Formblatt Kostenvoranschlag

Unterschriften der Vertragspartner

Pflegekasse bei der AOK Bayern

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle

BKK Landesverband Bayern

IKK classic

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion München

SVLFG als Landwirtschaftliche Kranken- und Pflegekasse

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Bayerischer Bezirkstag

Bayerischer Bezirkstag
In Bevollmächtigung für die 7 bayerischen Bezirke