

**Vertrag gemäß
§ 89 SGB XI vom 30.11.2022**

über die Vergütung
von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI

mit Gültigkeit für ab dem **01.01.2023** erbrachte Leistungen

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

(AC/TK 36 02 608)

Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 30.11.2022 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI mit Gültigkeit für ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Pflegedienste, die bei einem der an diesem Vertrag beteiligten Verbände der Leistungserbringer organisiert sind (AC/TK 36 02 608)

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
Aidenbachstraße 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

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

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 30.11.2022 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI mit Gültigkeit für ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Pflegedienste, die bei einem der an diesem Vertrag beteiligten Verbände der Leistungserbringer organisiert sind (AC/TK 36 02 608)

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) Selbstversorgung sowie
 - c) pflegfachliche 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, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag
 - c) 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 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 für ab dem **01.01.2023** erbrachte Leistungen **0,0614 €**. 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 rechtl. Vertreter.
- (3) Der Stundensatz für körperbezogene Pflegemaßnahmen beträgt für ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen **51,60 €** (bzw. **4,30 €** je angefangene 5 Minuten). Der Stundensatz für Hilfen bei der Haushaltsführung beläuft sich für ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen **28,08 €** (bzw. **2,34 €** je angefangene 5 Minuten). Der Stundensatz für die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen beträgt für ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen **37,32 €** (bzw. je angefangene 5 Minuten **3,11 €**).

- (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 ab dem 01.01.2023: **2,50 €** vergütet. Soweit beim selben Hausbesuch auch Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, reduziert sich dieser Betrag auf **1,25 €**.
- (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, Altenpflege bzw. zur Pflegefachfrau zum Pflegefachmann 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 nur Teilleistungen daraus erbracht werden oder mehrere Leistungsinhalte darin genannt sind und Teilleistungen mehrfach innerhalb eines Hausbesuches erbracht werden, soweit in der Leistungsbeschreibung nichts Abweichendes geregelt ist. 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 **tagsüber** (06:00 Uhr bis 21:00 Uhr) beträgt pro Einsatz in der Zeit ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen pro Einsatz höchstens **5,12 €**. Für ab dem 01.01.2023 erbrachte Nachteinsätze höchstens **7,32 €**. 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 abweichend von ab dem 01.01.2023 durchgeführten Einsatz tagsüber **2,56 €**, und für ab dem 01.01.2023 durchgeführten Einsatz: **3,66 €** in der Nacht. Bei Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag neben Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei mehreren Versicherten beträgt die Pauschale pro Einsatz und Versicherten tagsüber **1,28 €** und **1,83 € nachts**. 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 (06.00 Uhr bis 21.00 Uhr) ab dem 01.01.2023: **0,85 €** bzw. nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr) **1,22 €**. Bei Erbringung von Leistungen

nach diesem Vertrag beträgt die Pauschale pro Einsatz und Versicherten tagsüber (06.00 Uhr bis 21.00 Uhr) **0,43 €** und nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr): **0,61 €**.

- 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 pflegfachlichen Beratung unterstützt und gestärkt werden. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen 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 ab dem 01.01.2023: je angefangene 5 Minuten **4,71 €** (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 02 608**.
- (7) Über Form und Inhalte des Abrechnungsverfahrens sowie Einzelheiten des Datenträger austausches nach § 105 SGB XI stehen die Beteiligten im Dialog.

§ 8 Ausbildungsumlagezuschlag nach § 33 Abs. 6 PflBG

- (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 Anfahrtpauschalen 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 PflBG“ 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.

§ 9 In-Kraft-Treten

- (1) Dieser Vertrag gilt für alle in der Zeit ab **01.01.2023** erbrachten Leistungen. Er wurde für die Übergangszeit bis zum Bekanntwerden des Tarifergebnisses nach dem TVöD abgeschlossen und kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines Kalendermonats, frühestens zum **30.06.2023**, gekündigt werden. **Nach Bekanntwerden des Tarifergebnisses nach dem TVöD/P treten die Vertragspartner in die Verhandlungen ein, um die Steigerung des TVöD/P nach dem 31.12.2022 anteilig für die folgende Vertragslaufzeit einzupreisen.** Die Vertragspartner sind sich einig, dass die mit diesem Vertrag gewährte Erhöhung bei der retrospektiven Auswertung des Ergebnisses der Tarifverhandlungen zum TVöD abgezogen wird. 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. **Für die ab dem 01.01.2023 zu berücksichtigenden Sachkostensteigerungen, die ebenfalls ab dem 01.07.2023 anteilig für die Vertragslaufzeit ab dem 01.07.2023 einzupreisen sind, wirken die Vertragsparteien auf eine möglichst zeitnahe Einigung hin.**
- (2) Mit dem In-Kraft-Treten dieses Vertrages ist jede*r Pflegebedürftige*n schriftlich vom Pflegedienst über die ab 01.01.2023 geltenden Neuerungen zu informieren. Auf Anforderung der/des Pflegebedürftigen ist 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 dann sowohl vom Pflegedienst, als auch vom/von der Pflegebedürftigen zu unterschreiben. Für Bestandskunden verzichten die Pflegekassen auf die grundsätzliche Vorlage von Kostenvorschlägen mit der ersten Abrechnung, behalten sich jedoch ausdrücklich die Anforderung im Einzelfall vor.

§ 10 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 (Komplexleistung/Zeitabrechnung) erstattet werden können.

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 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 Verpflichtende Beitrittserklärung**

Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 30.11.2022 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI mit Gültigkeit für ab dem 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Pflegedienste, die bei einem der an diesem Vertrag beteiligten Verbände der Leistungserbringer organisiert sind (AC/TK 36 02 608)

München, 30.11.2022

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

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

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau

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

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

Bayerischer Bezirketag

Bayerischer Bezirketag in Bevollmächtigung
für die 7 bayerischen Bezirke

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.