

Testat einschließlich Berechnung

Bei Änderungen in der Vergütungshöhe im Laufe des Vorjahres bitte für jeden Zeitraum ein separates Formular ausfüllen.

Der Pflegedienst

hat in der Zeit vom _____ bis _____
zu Lasten der Pflegekassen oder Beihilfestellen folgende Beträge abgerechnet:

- nach Leistungskomplexen: a) _____ €
(einschließlich LK 17, aber **ohne** LK 15, 15a, 31, 32 und 33)
- Hausbesuchspauschalen (LK 15 und 15a): b) _____ €

Stundenweise abgerechnete Leistungen:

- für Verhinderungspflege durch Fachkraft: c) _____ €
- für Verhinderungspflege durch Nicht-Fachkraft: d) _____ €
- für die Leistungskomplexe (LK) 31, 32, 33: e) _____ €

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass in diesen Beträgen **nur** die folgenden tatsächlich zu Lasten der Pflegekassen oder Beihilfestellen abgerechneten Leistungen enthalten sind:

- Pflegesachleistungen nach § 36 Absatz 3 und 4 SGB XI
- Hausbesuchspauschalen (LK 15 u. 15a)
- Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen nach § 37 Absatz 3 SGB XI (LK 17)
- Leistungen nach § 38a SGB XI, wenn die Präsenzkraft von Ihrem Pflegedienst gestellt wird
- Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (diese ist unter a) einzutragen, wenn sie nach Leistungskomplexen abgerechnet wurde, unter c) bzw. d) bei stundenweiser Abrechnung)
- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI für Personen mit Pflegegrad 1, wenn diese Leistungen für **pflegerische ambulante Leistungen im Sinne des § 36 SGB XI (Grundpflege)** eingesetzt wurden

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass in diesen Beträgen folgende Leistungen **nicht** enthalten sind:

- Leistungen, die über den Leistungsrahmen des § 36 SGB XI hinaus von den Versicherten selbst getragen wurden
- Leistungen an private Selbstzahler
- Leistungen, die vom Sozialamt finanziert wurden
- Leistungen, die privat aus Pflegegeld finanziert wurden
- Leistungen an Nicht-Pflegeversicherte
- Leistungen auf der Grundlage freiwilliger privater Zusatzversicherungen einschl. „Pflege-Bahr“
- Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI für Personen mit Pflegegrad 2-5

Punktwert lt. Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI
im oben genannten Zeitraum _____ €

Zusätzlicher Punktwert im oben genannten Zeitraum für den
Refinanzierungszuschlag der Altenpflegeumlage (APU) und
die Umlage nach dem Pflegeberufegesetz (PfIBG) _____ €

Summe beider Punktwerte = _____ €

Für den Fall, dass Verhinderungspflege stundenweise abgerechnet wurde:

Preis pro Stunde für Verhinderungspflege durch Fachkraft: _____ €

Preis pro Stunde für Verhinderungspflege durch Nicht-Fachkraft: _____ €

Hinweis: Die abgerechneten Stundenpreise für Fachkraft und Nicht-Fachkraft sind anhand von
beispielhaften anonymisierten Rechnungen oder Ähnlichem nachzuweisen!

Berechnung der Investitionskostenpauschale

Die Umrechnung der mit den Pflegekassen oder Beihilfestellen abgerechneten Leistungen
in den Punkten **a)** bis **e)** führt zu folgendem Ergebnis:

a): _____ € : _____ € Punktwert laut Vergütungsvereinbarung
(ggf. **plus Punktwert APU + PfIBG**)
= _____ Punkte

b): _____ € : _____ € Punktwert laut Vergütungsvereinbarung
= _____ Punkte

Gesamtpunkte (Summe Ergebnisse a) bis b)): _____ **Punkte**

Umrechnung der Gesamtpunkte a) bis b) auf Leistungsminuten und Leistungsstunden:

_____ Gesamtpunkte : **10** = _____ Leistungsminuten

_____ Leistungsminuten : **60** = _____ **Leistungsstunden**

(bei Abrechnung nach Leistungskomplexen)

Leistungsstunden bei stundenweiser Abrechnung

c): _____ Euro : _____ Euro = _____ Stunden
(Stundensatz)

d): _____ Euro : _____ Euro = _____ Stunden
(Stundensatz)

e): _____ Euro : _____ Euro ((Punktwert + Punktwert APU + PflBG) *625 / 60)
= _____ Minuten : **60** = _____ Stunden

Gesamtstunden (Summe Ergebnisse c) bis e): _____ **Stunden**

Die Investitionskostenpauschale ergibt sich aus der Summe der im genannten Zeitraum abgerechneten Leistungsstunden mal 2,15 Euro.

Gesamtzahl der im oben genannten Zeitraum abgerechneten Leistungsstunden und Gesamtergebnis

Leistungsstunden aus a) bis b): _____ Stunden

Leistungsstunden aus c) bis e): _____ Stunden

Gesamtstunden a) bis e): _____ **Stunden x 2,15 €**

= _____ **€ Investitionskostenpauschale**

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wird bestätigt:

Antragsteller

(Ort und Datum)

(Unterschrift Antragssteller und Stempel)

(Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben)

- Spitzenverband**
- Wirtschaftsprüfer/in**
- Steuerberater/in**

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel)