

**Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für
Leistungen der häuslichen Krankenpflege
gem. § 37 SGB V**

Zwischen

dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.,
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, Mainz,

und den Kostenträgern

der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg,
dem BKK Landesverband Mitte, Hannover,
zugleich stellvertretend für
- die KNAPPSCHAFT, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Pflegekasse, Kassel
der IKK Südwest, Saarbrücken
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 den Leiter der vdek – Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz

§ 1 Geltungsbereich

Diese Gebührenvereinbarung gilt als neue Anlage der Verträge gem. § 132a Abs. 4 SGB V für die dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. angeschlossenen ambulanten Pflegedienste.

§ 2 Zuschlagssätze

Die Gebührensätze beinhalten zur Abgeltung der Kosten für die in der Anlage zu den Verträgen mit ambulanten Pflegediensten in privater Trägerschaft nach § 132a Abs. 4 SGB V aufgeführten Krankenpflegeartikel einschließlich für deren Beschaffung jeweils einen Zuschlag, dessen Höhe sich aus der Protokollnotiz ergibt.

§ 3 Sonstige berechenbare Leistungen

Mit den Gebühren sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten (u.a. die Versorgung und Sterilisation der verwendeten Geräte). Dies gilt nicht für ärztlich verordnete Arzneien, Verbandsmaterial und sonstige Heil- und Hilfsmittel, die von den Lieferanten direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

§ 4 Handzeichenliste

Zu den in § 6 der Verträge gem. § 132a Abs. 4 SGB V für die dem vertragsschließenden Verband, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., angeschlossenen ambulanten Pflegedienste aufgeführten Verpflichtungen gehört auch, den Krankenkassen auf Anforderung eine Handzeichenliste der für den Pflegedienst tätigen Mitarbeiter zuzusenden.

§ 5 Inkrafttreten und Kündigung

1. Die Gebührenvereinbarung gilt für alle ab 01.01.2025 erbrachten vertragsärztlich verordneten Leistungen.
2. Bis zum Abschluss einer neuen Gebührenvereinbarung gelten die vereinbarten Preise unverändert weiter.
3. Die Vertragsparteien streben an, während der Laufzeit dieser Vereinbarung als Grundlage für eine Anschlusspreisvereinbarung ein, den aktuellen HKP-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, entsprechendes neues Preis- und Leistungsverzeichnis zu erstellen.

4. Mit Ergänzungsvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege vom 24.06.2019 haben die Vertragsparteien Inhalt und Umfang der Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V geregelt. Nach § 2 S. 2 der vorgenannten Vereinbarung endet diese automatisch mit Inkrafttreten eines neuen Rahmenvertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V und des zugehörigen Leistungs- und Preisverzeichnisses, soweit darin eine Regelung zur Unterstützungsversorgung nach § 37 Abs. 1a SGB V getroffen ist. Bis dahin gelten die bisherigen Regelungen zu § 37 Abs. 1a SGB V gem. Ergänzungsvereinbarung vom 24.06.2019 fort. Leistungen der Unterstützungspflege umfassen demnach nach § 37 Abs. 1a SGB V die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen der Grundpflege (Ifd. Nr. 1a) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (Ifd. Nr. 20a). Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können nur in Verbindung mit Leistungen der Grundpflege verordnet werden. Leistungen der Grundpflege können auch ohne Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung verordnet werden. Im Rahmen von § 37 1a SGB V sind für die Ifd. Nr. 1a und 20a geeignete Kräfte einzusetzen. Geeignete Kräfte nach Ifd. Nr. 1a sind Pflegefachkräfte (dreijährig examiniert) und Pflegekräfte i. S. d. Protokollnotiz vom 18.08.2022. Die hauswirtschaftliche Versorgung kann unter fachlicher Anleitung und ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft (dreijährig examiniert) auch von anderen geeigneten Personen durchgeführt werden.
5. Bei der Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes mittels Testgerät ist die Abrechnung einer 4. Hausbesuchspauschale möglich. Voraussetzung ist, dass der 4. Hausbesuch vom Arzt verordnet ist und der Pflegedienst die Leistung zur Genehmigung eingereicht hat. (Vermerk auf der Rückseite der 1. Seite der Verordnung Häusliche Krankenpflege - Beantragung der Leistung des Pflegedienstes). Die Abrechenbarkeit von 4x täglich wird auf die Laufzeit von 12 Monaten (01.01.2025 – 31.12.2025) begrenzt. Im Anschluss daran erfolgt eine Neubewertung durch die Vertragspartner.
6. Anhang 1 gilt für alle Einrichtungen, die im Rahmen der „Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V“ vom 23.11.2023 die „Beitrittserklärung zur pauschalen Anpassung der Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz sowie der Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V“ an den bpa übermittelt haben und die Meldung zur tariflichen Entlohnung auf der Homepage der DatenClearing-Stelle zum Zeitpunkt des Beitrittes entsprechend vorgenommen haben. Sie verpflichten sich damit ab dem 01.01.2025 Beschäftigte in der Pflege und Betreuung gemäß den in der Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI genannten regional üblichen Entgeltstufen und variablen pflegetypischen Zuschlägen zu entlohnen.

Für Einrichtungen, die eine Entlohnung in Anlehnung an TVÖD erklären, gilt die Preisliste gemäß Anhang 2. Diese wird frühestens zum 01.04.2025 nach Abschluss einer entsprechenden Vergütungsverhandlung durch einen neuen Anhang ersetzt.

Für Einrichtungen, die eine Entlohnung nach dem BAT-KF erklären, gilt die Preisliste gemäß Anhang 3. Diese wird frühestens zum 01.04.2025 nach Abschluss einer entsprechenden Vergütungsverhandlung durch einen neuen Anhang ersetzt.

7. Ein unterjähriger Wechsel zwischen den Preislisten dieser Vereinbarung ist möglich, sofern ein Wechsel auf die der jeweiligen Preisliste zugrunde liegenden tariflichen Entlohnung stattfindet. In diesem Fall ist der Wechsel der tariflichen Entlohnung in der DatenClearing-Stelle vorzunehmen. Zusätzlich ist die „Erklärung zur pauschalen Anpassung der Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz sowie der Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V“ (Anhang 4) dem zuständigen Berufsverband zu übermitteln. Dieser übernimmt die Weiterleitung an die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen. Der Wechsel findet frühestens zum 1. Tag des folgenden Monats statt, in dem sowohl die korrekte DCS-Meldung vorliegt als auch die Beitrittserklärung gem. Anhang 4 bei den Kassen eingegangen ist.
8. Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31.12.2025 gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an alle Vertragspartner erfolgen.

Anhang 1 zur Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V vom 21.11.2024 –
-Anwendung regional übliches Entgeltniveau - AC/TK 3209015 (AOK,BKK,IKK,SVLFG,KBS); AC/TK 3209504 + 3109504 (vdek)

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
2a	Anlegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen	8,55	C71	C16
2b	Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen	5,07	C70	C17
3	Katheterisierung nicht neben Pos.4 abrechnungsfähig. Das Entfernen eines Verweilkatheters ist nicht gesondert abrechnungsfähig.	13,02	262 (Dauerkatheterisierung) 289 (Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung)	452 511 (Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters))
4a	Blasenspülung nicht neben Pos.3 abrechnungsfähig	7,32	241	448
4b	Instillation nicht neben Pos.3 abrechnungsfähig	7,32	259	448
5	Einlauf, Klyisma, Mikroklyst, digitale Enddarmausräumung Daneben ist Pos.4 für Darmspülung nicht abrechnungsfähig.	18,94	247 (Einlauf) 303 (Klistier, Klyisma) 315 (digitale Enddarmausräumung)	332 (Einlauf) 457 (Klyisma) (Klistier ist zu erfragen) 445 (digitale Enddarmausräumung)

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
6	Physikalische Maßnahmen nicht neben Pos.1 und nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig	5,46	255 (Inhalation) 248 (Einreibungen) 236 (Bad) 512 (Behandlung des Mundes) 388 (Verabreichen v. ärztl. verordneten Medikamenten über die Atemwege)	333 (Inhalation) 401 (Einreibungen) 402 (Bad) 403 (Behandlung des Mundes) 484 (Medikamentengabe mittels Dosieraerosol)
7	Dekubitusbehandlung Dekubitalgeschwüre, die an verschiedenen Körperstellen getrennt versorgt werden müssen, können nebeneinander berechnet werden. Für die Dekubitusbehandlung ist Pos.2 nicht zugleich abrechnungsfähig.	11,01	(Dekubitusbehandlung) 243 (1. Stelle) 411 (2. Stelle) 412 (3. Stelle) 413 (4. Stelle) 414 (5. Stelle) 535 (6. Stelle) 536 (7. Stelle) 537 (8. Stelle) 538 (9. Stelle) 539 (10. Stelle)	393
8	Injektionen Werden anstelle einer Injektion mit mehreren mischbaren Arzneilösungen bei liegender Kanüle mehrere Injektionen nacheinander ausgeführt, so ist nur eine Injektion abrechnungsfähig. Injektionen an verschiedenen Körperstellen sind nebeneinander abrechnungsfähig.	7,32	325 (i. m Injektion) 301 (s. c. Insulininjektion) 324 (s. c. Injektion sonstige Medikamente) i.v. Injektionen sind ärztliche Leistung	459 (i. m Injektionen) 334 (s. c Insulininjektionen) 335 (s. c Injektion sonstige Medikamente)

Anhang 1 zur Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V vom 21.11.2024 –
-Anwendung regional übliches Entgeltniveau - AC/TK 3209015 (AOK,BKK,IKK,SVLFG,KBS); AC/TK 3209504 + 3109504 (vdek)

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
9	Absaugen nicht neben Pos.1 abrechnungsfähig	10,01	230 (Absaugen) 242 (Bronchialtoilette)	390 (Absaugen) 391 (Bronchialtoilette)
10	Tropfen/Salben bzw. Spülung der Augen und Ohren nicht neben Pos.1 und in zeitlichem Zusammen- hang nur einmal abrechnungsfähig	5,50	234 (Augen) 268 (Ohren)	339 (Augen) 462 (Ohren)
11	Blutdruckkontrolle nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig	5,03	201	331
12	Stomabehandlung Für die Stomaversorgung ist die Pos.2 nicht zu- gleich abrechnungsfähig.	14,53	276 (Stomabehandlung) 435 (Wechsel u. Pflege der Trachealkanüle)	405 (Stomabehandlung) 464 (Trachealkanüle)
13	Legen und Wechsel einer Magensonde	19,97	265	399
14	Blutzuckerkontrolle	6,08	240	372
14a	Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes mittels Testgerät	4,87	C24	C28
	Sensorwechsel bei Bedarf	9,91	C25	C29
	Kalibrierung bei Bedarf	9,13	C26	C30
15	Richten von Injektionen In besonderen Fällen als alleinige Leistung ab- rechnungsfähig. Das Aufziehen von mehreren Spritzen ist in zeitlichem Zusammenhang nur ein- mal abrechnungsfähig.	2,02	311	460

**Anhang 1 zur Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V vom 21.11.2024 –
-Anwendung regional übliches Entgeltniveau - AC/TK 3209015 (AOK,BKK,IKK,SVLFG,KBS); AC/TK 3209504 + 3109504 (vdek)**

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
16	Arzneimittelgabe und -überwachung Bei Personen, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, ärztlich verordnete Medikamente nach Weisung des Arztes einzunehmen. Nicht neben Pos. 1 und nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.	3,84	233	338
16 a	Richten von ärztlich verordneten Medikamenten (Wochendispenser) wie z. B. Tabletten, für vom Arzt bestimmte Zeiträume. Diese Leistung ist 1 x wöchentlich abrechenbar. Die Abrechnung der Pos. Nr. 16 der Gebührenvereinbarung (Arzneimittelgabe und -überwachung) ist während dieses Zeitraumes ausgeschlossen.	8,90	312	400
	Korrektur des bereits gerichteten Wochendis- pensers aufgrund ärztlich verordneter Medikamen- tenänderung (einmalige zusätzliche Abrechnung	5,51	B49	-
17	Anziehen von Kompressionsstrümpfen nicht neben Pos. 1 abrechnungsfähig	7,51	298	377
18	Verabreichung ärztlich verordneter Sondennahrung mittels Nährsonde oder Sondeninfusion. Mit Inkrafttreten der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V am 14.5.2000 ist diese Leistung der Grundpflege zuzuordnen und daher nicht gesondert abrechenbar.			

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
19	Hausbesuchspauschale Anmerkung zu Pos. 19: Die Hausbesuchspauschale ist maximal dreimal täglich nur im Zusammenhang mit erbrachten und abrechnungsfähigen Dienstleistungen abrechnungsfähig. Bei gleichzeitiger Behandlung mehrerer Personen in einer Wohnung ist sie nur einmal abrechnungsfähig. Werden Leistungen nach § 37 SGB V und § 36 SGB XI nebeneinander vom gleichen Pflegedienst erbracht, wird die Hausbesuchspauschale den Kranken- und Pflegekassen je hälftig berechnet.	9,08	701 (Hausbesuch)	
		4,54	702 (Hausbesuch mehrerer Patienten)	
		4,54	713 (Hausbesuch mit Sachleistungen der PV)	
		2,27	714 (Hausbesuch mehrerer Patienten mit Sachleistungen der PV)	
20	Hauswirtschaftliche Versorgung § 37 SGB V Nur neben Pos. 1 und nur einmal pro Tag abrechnungsfähig. Die Hausbesuchspauschale kann hierfür nicht berechnet werden.	28,48	177	-
20a	Hauswirtschaftliche Versorgung gem. § 37 Abs. 1a SGB V 15 Minuten Anmerkung zu Pos. 20a: Leistungen der Grundpflege (Nr. 1 a) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (Nr 20 a) können insgesamt bis zu maximal viermal täglich abgerechnet werden (tagesbezogene Höchstgrenze für beide Leistungen gemeinsam). Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können nur in Verbindung mit Leistungen der Grundpflege verordnet werden. Der Mindesteinsatz darf 15 Minuten nicht unterschreiten. Diese Leistung ist maximal 7 h/Woche abrechenbar.	11,22	118	
21	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	33,30	-	376
22	Pflege des zentralen Venenkatheters	10,78	319	406
23	Versorgung eines suprapubischen Katheters	10,78	313	398

Anhang 1 zur Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V vom 21.11.2024 –
-Anwendung regional übliches Entgeltniveau - AC/TK 3209015 (AOK,BKK,IKK,SVLFG,KBS); AC/TK 3209504 + 3109504 (vdek)

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
24	Auflegen von Kälteträgern Nicht neben Pos.1 und nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig	5,37	203	397
25	Infusionen, i. v. (Flüssigkeitssubstitution)	7,17	327	449
25 a	Infusionen, i. v. (parenterale Ernährung) Wechseln und erneutes Anhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i. v.–Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zuganges nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zuganges. Die Leistung ist pro Besuch 1 x und pro Tag maximal 2 x abrechnungsfähig (z. B. morgens Anhängen 18,23 EUR und abends Abhängen 18,23 EUR, erfolgen An- und Abhängen während eines Besuches, ist die Leistung nur einmal abrechnungsfähig).	18,23	326	-
26	Ausziehen von Kompressionsstrümpfen nicht neben Pos. 1 abrechnungsfähig	4,80	299	378
27	Flüssigkeitsbilanzierung	12,75	249	395
28	Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes	12,75	238	455
29	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	11,01	309	404
30	Drainagen, Überprüfen von, Versorgen	7,32	246	394
31	Spezielle Krankenbeobachtung Über die Erbringung und Vergütung dieser Leistung kann nur im Einzelfall mittels gesonderter Vereinbarung vor Ort entschieden werden.			

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
32	Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger)	5,63	587 (rechtes Bein) 588 (linkes Bein)	589
33	Kompressionsverband inkl. Wundversorgung bei Ulcus Cruris Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen. Diese Leistung ist als Komplettleistung pro Bein anzusehen. Das bedeutet, die Leistung beinhaltet die notwendige Wundversorgung inkl. der erforderlichen Kompressionstherapie. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	15,25	366 427 (zweites Bein)	465
34	Infusionen; s.c. (Flüssigkeitssubstitution) Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließen- des Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infu- sion zur Flüssigkeitssubstitution; Kontrolle der Laufgeschwindigkeit und Füllmenge; Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembil- dung, Schwellung und Rötung Anlegen, Anhängen, ggf. Wechseln einer ärzt- lich verordneten s.c. Infusion 1x tgl. abrechenbar			
	Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusi-	22,78	591	599
		6,74	598	656

lfd.Nr.	Bezeichnung lt. Gebührenvereinbarung	Gebühren in € ab 01.01.2025	DTA-Pos. Nr.	DTA-Pos.Nr. bei Anleitung
	(Die begleitenden Maßnahmen sind regelhaft Leistungen, die im Bereich der pflegerischen Grundversorgung und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach SGB XI erbracht werden. Deshalb besteht ein Regelungsbedarf im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur für besonders gelagerte Ausnahmefälle, in denen entgegen der Regel ein Anspruch aus dem SGB XI nicht besteht.)			
	- MRSA Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen (dermatologische Behandlung/Bad) inkl. Wechsel der persönlichen Kleidung (1-mal täglich abrechenbar)	51,02	928	
	- MRSA Zuschlag (1x pro Behandlungstag, nur im Zusammenhang mit der MRSA Sanierung / Eradikation)	15,92	922	
Anmerkung zu Pos. 2-17 und 22-30 und 32-34 Anleitung bei der Behandlungspflege in der Häuslichkeit: Diese Leistung wird je Maßnahme in Höhe des vereinbarten Preises für die anzuleitende Leistung zuzüglich eines Zuschlages von 100 % vergütet. Für eine Anleitung beispielsweise bei dem Verabreichen einer Injektion erhält der Pflegedienst neben der für die Injektion vereinbarten Vergütung in Höhe von 7,32 € einen Zuschlag von 7,32 €. Insgesamt ergibt dies einen Betrag in Höhe von 14,64 €. Für andere Leistungen wird entsprechend verfahren.				

Protokollnotiz

zur Gebührenvereinbarung vom 21.11.2024

Die Gebührensätze beinhalten zur Abgeltung der Kosten für die in der Anlage 6 des Rahmenvertrages vom 03.07.1991 sowie als Anlage zu den Verträgen nach § 132 a SGB V mit den ambulanten Pflegediensten in privater Trägerschaft aufgeführten Krankenpflegeartikel einschl. deren Beschaffung jeweils einen Zuschlag. Diese Gebühren setzen sich wie folgt zusammen:

Pos.-Nr.	Gebühr 01.01.2025 in €	Zuschlag 01.01.2025 in €
1	31,61	2,39
2	10,23	0,78
3	12,16	0,86
4	6,81	0,51
5	17,60	1,34
6	5,08	0,38
7	10,23	0,78
8	6,81	0,51
9	9,32	0,69
10	5,09	0,41
11	4,62	0,41
12	13,52	1,01
13	18,61	1,36
14	5,64	0,44
15	1,85	0,17
16	3,58	0,26
17	6,98	0,53
21	30,91	2,39
22	10,02	0,76
23	10,02	0,76
24	5,00	0,37
25	6,68	0,49
26	4,47	0,33
27	11,86	0,89
28	11,86	0,89
29	10,23	0,78
30	6,81	0,51
32	5,22	0,41
33	14,17	1,08
34	21,18 6,26	1,60 0,48

Den Gebühren liegen bestimmte Minutenwerte für die einzelnen Leistungen zugrunde. Die Minutenwerte können auch Gegenstand künftiger Verhandlungen sein.

Bitte übersenden Sie Ihren Beitritt rechtsverbindlich unterschrieben an:

- *bpa-Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, E-Mail: Rheinland-Pfalz@bpa.de*

Erklärung zur pauschalen Anpassung der Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz sowie der Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V

**– Wechsel der tariflichen Entlohnung /
Neuzulassung eines ambulanten Pflegedienstes –**

Als ambulanter Pflegedienst nehmen wir an dem pauschalen Verfahren zur Umsetzung der tariflichen Entlohnung gemäß der Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz vom 21.11.2024 sowie der Gebührenvereinbarung gem. § 132a Abs. 4 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V 21.11.2024 teil.

Um die Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI zu erfüllen, verpflichten wir uns, ab dem _____ (Datum) alle Arbeitnehmer/innen in der Pflege und Betreuung, im Sinne der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur tariflichen Vergütungspflicht, in folgender Weise zu entlohnen:

- Entlohnung gemäß den jeweils in der Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI genannten regional üblichen Entgelt-niveaus und variablen pflegetypischen Zuschlägen.
- Entlohnung in Anlehnung an TVÖD (z. B. TVöD für den Dienstleistungsbereich Pflege- und Betreuungseinrichtungen TVöD-B).
Wir verpflichten uns alle entlohnungsrelevanten Bestandteile des oben ausgewählten Tarifwerkes nach § 72 Abs. 3b SGB XI an die betroffenen Arbeitnehmer/ innen der Pflege und Betreuung zu zahlen.
- Entlohnung in Anlehnung an BAT-KF
Wir verpflichten uns alle entlohnungsrelevanten Bestandteile des oben ausgewählten Tarifwerkes nach § 72 Abs. 3b SGB XI an die betroffenen Arbeitnehmer/ innen der Pflege und Betreuung zu zahlen.

Etwaige Änderungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem zuständigen Berufsverband unverzüglich bekannt zu geben. Der Wechsel zu einer anderen Preisliste, die Teil der o.g. Vereinbarung nach § 89 SGB XI, bzw. der Gebührenvereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V ist, kann frühestens zum 1. des folgenden Monats erfolgen, in dem sowohl die Beitrittserklärung eingegangen ist als auch die DCS Meldung entsprechend angepasst wurde. Siehe hierzu § 5 Nr.7 der vorgenannten Vereinbarungen.

Wir verpflichten uns, die Meldung zur tariflichen Entlohnung auf der Homepage der Daten-Clearing-Stelle zum Zeitpunkt des Beitrittes entsprechend anzupassen.

Anhang 4

Name und Adresse des Pflegedienstes:

Institutionskennzeichen: _____

Sofern abweichend: Name und Adresse des Trägers:

Ort, Datum

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Klarname der vertretungsberechtigten Person (Druckbuchstaben)

Erläuterungen zum Abrechnungscode „Häusliche Krankenpflege“

Stellen 1 + 2: Leistungserbringerschlüssel

31 = freigemeinnützige Anbieter (LIGA)
32 = privatgewerblicher Anbieter (BPA)
33 = öffentliche Anbieter

Stellen 3 + 4: Bundesland

09 = Rheinland-Pfalz

Stellen 5 – 7: Tariffkennzeichen

000 = landesweiter Vertrag
001 ff. = Einzelvereinbarungen
502 (TVÖD vdek)
503 (BAT KF vdek)
504 (regional übliches Entgeltniveau vdek)

Erläuterungen zu den Gebührenpositionen „Häusliche Krankenpflege“

Stellen 1 + 2:

Rechtsgrundlage

Schlüssel

Krankenhausvermeidungspflege – Regelleistung: Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs.1 Satz 1 SGB V bis zu 4 Wochen **01**

Krankenhausvermeidungspflege – Ermessensleistung: Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs.1 Satz 4 SGB V über 4 Wochen **02**

Behandlungspflege: Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs.2 Satz 1 SGB V **03**

Unterstützungspflege – Regelleistung: Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V bis zu 4 Wochen **10**

Unterstützungspflege – Ermessensleistung: Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V über 4 Wochen **11**

Stelle 3:

Grundpflege

1

Behandlungspflege

2

Hauswirtschaftliche Versorgung

3

Die Stellen 4 – 6 der Gebührenpositionen „Häusliche Krankenpflege“ sind auf den Seiten 4 – 12 aufgeführt

Eisenberg, Mainz, Saarbrücken, den 21.11.2024

Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e.V.,
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz, Mainz

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse, Eisenberg

BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung
Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

IKK Südwest, Saarbrücken

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