

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

**zwischen**

**folgenden Krankenkassen:**

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse –  
Carl-Wery-Str. 28  
81739 München

BKK Landesverband Bayern  
Züricher Str. 25  
81476 München

IKK classic Dresden,  
zugleich handelnd als Vertreterin der BIG  
direkt gesund, IKK gesund plus, IKK - Die  
Innovationskasse, IKK Südwest

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion München  
Putzbrunner Str. 73  
81739 München

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Postfach 10 13 20  
34013 Kassel  
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 Bayern  
Arnulfstr. 201a  
80634 München

**und folgenden Vereinigungen der  
Leistungserbringer:**

Arbeitgeber- und Berufsverband  
privater Pflege e.V.  
Landesvertretung Bayern  
Rendsburger Str. 14  
30659 Hannover

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

Bundesverband privater Anbieter sozialer  
Dienste e.V., Landesgruppe Bayern  
Westendstr. 179  
80686 München

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

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

- einerseits -

- andererseits –

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt entsprechend §§ 302 und 303 SGB V grundsätzlich auf dem maschinellen Weg („Datenträgeraustausch“).

Dabei sind für die Verschlüsselung der Abrechnungsdaten für häusliche Krankenpflege im Rahmen dieser Vereinbarung bundeseinheitlich folgende Regelungen getroffen worden:

**Aufbau des Schlüssels:**

- Stelle 1 + 2 = Gesetzliche Leistungsgrundlage
- Stelle 3 = Art der Versorgung
- Stelle 4 - 6 = Art der Leistung

<b>1. und 2. Stelle</b>	<b>Gesetzliche Leistungsgrundlage</b>
01	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Regelleistung) bis zu 4 Wochen (Krankenhausvermeidungs-/verkürzungspflege)
02	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Ermessensleistung) über 4 Wochen (Krankenhausvermeidungs-/verkürzungspflege)
03	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung)
04	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Satzungsleistung)
07	Häusliche Pflege nach § 24g SGB V (bei Schwangerschaft)
10	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Regelleistung) bis zu 4 Wochen ((Unterstützungspflege gem. KHSG))
11	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Ermessensleistung) über 4 Wochen (Unterstützungspflege gem. KHSG))
13	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V (in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)

<b>3. Stelle</b>	<b>Art der Versorgung</b>
1	Grundpflege
2	Behandlungspflege
3	Hauswirtschaftliche Versorgung
4	Kombi aus Grund-/Behandlungspflege/hauswirtschaftlicher Versorgung
9	Kombi aus Grund- und Behandlungspflege
0	Kombi aus Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung

Die **Stellen 4 – 6** (Art der Leistung) ergeben sich aus der rechten Spalte („GPOS“) der nachfolgenden Gebührenvereinbarung.

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

Für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die in der Zeit ab 01.01.2023 durch einen Mitgliedsdienst der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringerverbände erbracht werden, gelten nachfolgend genannte Gebühren:

**I. Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung**

**A. Behandlungspflege:**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
1a	s.c.- / i.m.-Injektionen, <b>auch mittels PEN</b> , einschl. Einmalmaterial mit sicheren Sharps für bis zu zwei Injektionen pro Besuch. <b>Der PEN ist nicht vom Pflegedienst zu stellen.</b>	4,88 €	18	257
1a1	s.c.- / i.m.-Injektionen bei Verwendung von Fertigspritzen (bis zu zwei Injektionen pro Besuch). <b>Die Fertigspritzen sind nicht vom Pflegedienst zu stellen.</b>	4,37 €	18	256
1b	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation ( <b>ohne Einmalmaterial</b> ) je Besuch	2,35 €	19	311
2a1	Pflege und Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters	5,14 €	30	319
2a2	Versorgung des suprapubischen Katheters	5,14 €	22	313
2a3	Versorgung bei PEG	5,14 €	27	309
2a4	Stomabehandlung; Inhalte: Desinfektion, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z.B. Urostoma, Anus-praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut (kein Beutelwechsel)	9,95 €	28	276
2b1	Wundverband anlegen oder wechseln: die Abrechnung mehrerer lokal getrennter Wunden an einer Extremität ist grundsätzlich möglich, dies ist im Einzelfall im Genehmigungsverfahren zu prüfen	9,95 €	31	322

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
2b1a	Zwei Wundverbände anlegen oder wechseln: die Abrechnung mehrerer lokal getrennter Wunden an einer Extremität ist grundsätzlich möglich, dies ist im Einzelfall im Genehmigungsverfahren zu prüfen. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Wundverbänden ist die GPOS 322 (ein WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	19,90 €	31	466
2b1b	Drei Wundverbände anlegen oder wechseln: die Abrechnung mehrerer lokal getrennter Wunden an einer Extremität ist grundsätzlich möglich, dies ist im Einzelfall im Genehmigungsverfahren zu prüfen. Bei der Abrechnung von weniger als drei Wundverbänden ist die GPOS 466 (2 WV) bzw. die GPOS 322 (1 WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	29,85 €	31	467
2b2	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	9,95 €	12	243
2b2a	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei zwei Dekubiti. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Dekubiti ist die GPOS 243 (1 Dek.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	19,90 €	12	470
2b2b	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei drei Dekubiti. Bei der Abrechnung von weniger als drei Dekubiti ist die GPOS 470 (2 Dek.) bzw. die GPOS 243 (1 Dek.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	29,85 €	12	471
2c1	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an einer Extremität	2,84 €	31	B28

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c1a	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an <b>zwei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B28 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	5,68 €	31	B29
2c1b	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an <b>drei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B29 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS B28 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	8,52 €	31	B30
2c1c	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an <b>vier Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als 4 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B30 (3 KompStr. anz.), bzw. die GPOS B29 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS B28 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,36 €	31	B31
2c2	Ärztlich verordneter Kompressionsstrumpf ausziehen an einer Extremität.	2,84 €	31	B32
2c2a	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an <b>zwei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B32 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	5,68 €	31	B33
2c2b	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an <b>drei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B33 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS B32 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	8,52 €	31	B34

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c2c	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an <b>vier Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B34 (3 KompStr. ausz), bzw. die GPOS B33 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS B32 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,36 €	31	B35
2c3	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln	5,69 €	31	308
2c3a	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an <b>zwei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsverbänden ist die GPOS 308 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,38 €	31	425
2c3b	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an <b>drei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsverbänden ist die GPOS 425 (2 KompV) bzw. die GPOS 308 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,07 €	31	992
2c3c	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an <b>vier Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsverbänden ist die GPOS 992 (3 KompV) bzw. die GPOS 425 (2 KompV) bzw. die GPOS 308 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	22,76 €	31	993
2c4	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad s. Pos. Nr. 6a10) an <b>einem Bein</b> .	15,62 €	31	386

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c4a	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad s. Pos. Nr. 6a10) an <b>zwei Beinen</b> . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionen ist die GPOS 386 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	31,24 €	31	475
2c5	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle).	2,84 €	31	387
2c5a	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an <b>zwei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsverbänden ist die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	5,68 €	31	581
2c5b	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an <b>drei Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsverbänden ist die GPOS 581 (2 KompV) bzw. die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	8,52 €	31	994
2c5c	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an <b>vier Extremitäten</b> . Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsverbänden ist die GPOS 994 (3 KompV) bzw. die GPOS 581 (2 KompV.) bzw. die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,36 €	31	995

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
2c6	Anlegen von stützenden / stabilisierenden Verbänden je Verband	5,67 €	31	323
2c7	Anlegen von Orthesen und Bandagen	5,67 €	31d	C13
2c8	Ablegen von Orthesen und Bandagen	4,26 €	31d	C14
2MAX	Deckelungsposition 2a bis 2c höchstens je Besuch	36,52 €		436
3	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich Pflege und Verbandswechsel.	6,60 €	29	435
4a	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung.  Katheterset, Gleitmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Blockflüssigkeit sind in der Gebühr nicht beinhaltet.	8,09 €	23	262
4b	Legen oder Wechseln einer Magensonde	8,09 €	25	265
5a	Klistier/Klysma je Leistung	4,69 €	14	303
5b	Digitale Enddarmausräumung	6,60 €	14	315
5c	Hebe-/Senkeinlauf	13,80 €	14	A92
6a1	Medikamentengaben je Hausbesuch unabhängig von der Anzahl einzelner Medikamentengaben und der Anzahl der Darreichungsformen (6a11 daneben nicht abrechenbar)	4,00 €	26	233
<b>(6a2-6a5 ist nicht besetzt)</b>				
6a6	Blutdruckmessung je Hausbesuch	2,35 €	10	201
6a7	Flüssigkeitsbilanzierung je Hausbesuch	2,35 €	15	249
6aMAX	Deckelungsposition aus <u>6a6</u> und <u>6a7</u>	3,30 €	10/15	437
6a9	Abgabe von Medikamenten durch Einreibungen je Hausbesuch	2,95 €	26	248
6a10	Abgabe von Medikamenten durch medizinisches Bad je Hausbesuch	5,14 €	26	236



**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
6a11	Richten von Medikamenten im Wochendispenser (für diese Woche kann die Pos. 6a1 für die Vergabe von Medikamenten in Form von Tabletten, Dragees und Kapseln nicht abgerechnet werden). Das Richten der Medikamente erfolgt i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte, Tropfen sowie verordnungspflichtige Therapie-/Schmerzpflaster) und umfasst auch die Kontrolle beim erneuten Richten, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.	6,87 €	26	312
6b	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen und Einmalmaterial einschl. sichere Sharps je Besuch	2,91 €	11	284
6b1	interstitielle Glukosemessung gemeinsam mit anderen Leistungen aus SGB V oder SGB XI	0,96 €	11a	C32
6b1a	interstitielle Glukosemessung als alleinige Leistung	1,71 €	11a	C24
6b2	Wechsel des Sensors für interstitielle Glukosemessung	2,91 €	11a	C25
6b3	Kalibrierung des Testgerätes bei interstitieller Glukosemessung	2,91 €	11a	C26
6c	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	3,50 €	21	203
6d1	Blasenspülung	4,40 €	9	241
6d2	Versorgung und Überprüfung von Drainagen	4,40 €	13	246
6d3	Instillation	4,40 €	20	259
6d4	Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugungen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich)	4,40 €	6	230
6dMAX	6d1-6d4 je Besuch höchstens	17,60 €		438
6e	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfall-Regelung	8	238
6f	Inhalation je Besuch	5,89 €	17	255
6g	MRSA-Eradikationstherapie (MRSA-Sanierung) einschließlich aller damit zusammenhängenden Leistungen	Einzelfall-Regelung	26a	924 925

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
6h	Schutzkleidung als Sachkosten und An-/Ausziehen der Schutzkleidung bei festgestelltem (ärztliche Verordnung) MRSA-/MRE-Befall <b>ohne SGB XI-Leistung beim selben Hausbesuch</b> . Die Schutzkleidung darf nicht für mehrere Hausbesuche verwendet werden	2,49 €		B73
6i	Schutzkleidung als Sachkosten und An-/Ausziehen der Schutzkleidung bei festgestelltem (ärztliche Verordnung) MRSA-/MRE-Befall mit SGB XI-Leistung beim selben Hausbesuch. Die Schutzkleidung darf nicht für mehrere Hausbesuche verwendet werden	1,25 €		B74
7	Anhängen oder Abhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution oder zur parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zugangs nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zugangs.	16,91 €	16	326
7a	Wechsel des Infusionsbehälters	2,95 €	16	439
7b	a) Legen und Anhängen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution einschl. Vor- und Nachbereitung (Entsorgung von Materialien usw.) sowie Fixierung der Nadel und Desinfektion b) Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge c) Überprüfung der Einstichstelle auf Zeichen der Ödembildung, Schwellung oder Rötung.  Eine Abrechnung der Pos. 7a für denselben Hausbesuch ist nicht möglich	11,91 €	16a	200
7c	a) Abhängen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution einschl. Nachbereitung (Entsorgung von Materialien usw.) und Verschluss der Einstichstelle mit (Pflaster-) Verband b) Überprüfung der Einstichstelle auf Zeichen der Ödembildung, Schwellung oder Rötung  Eine Abrechnung der Pos. 7a für denselben Hausbesuch ist nicht möglich.	5,02 €	16a	598

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
7d	<p>Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten</p> <p>Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden</p> <p>- Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen.</p> <p>Die Leistung Nummer 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.</p> <p>Abrechnung erfolgt in je angefangenen 5-Minuten-Zeiteinheiten im Haushalt des Versicherten.</p>	<p>5,03 € je angefangene 5 Minuten, maximal 3h/Kalender-tag</p>	24a	A89

zu Pos. 7d) Strukturell / fachliche Rahmenbedingungen für die Erbringung der Symptomkontrolle:

- a) Entsprechend der Schiedsentscheidung vom 18. Juli 2019 von Herrn Dr. Gassner zum geführten Schiedsverfahren zwischen den Privaten Leistungserbringern und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern vereinbaren die Vertragsparteien folgende Voraussetzungen:
- b) Die Leistungserbringung der innerhalb der „Häusliche Krankenpflege“ definierten Leistungsinhalte für Symptomkontrolle erfolgt ausschließlich durch eine examinierte Pflegefachkraft mit mindestens 2jähriger praktischer Berufserfahrung nach ihrer Ausbildung in Vollzeitätigkeit als Pflegefachkraft. Eine entsprechende Teilzeittätigkeit wird proportional berücksichtigt.
- c) Zusätzlich besteht für diese Pflegefachkräfte eine jährliche Fortbildungsverpflichtung mit mindestens 10 Stunden mit Schwerpunkt Versorgung Symptomkontrolle / Palliativversorgung.

zu Pos. 7d) Leistungsrechtliche Umsetzung / praktischer Vollzug der Symptomkontrolle:

- a) Die Nr. 24a stellt eine komplexe Leistung dar, die einer sich dynamisch verändernden Krankheitsentwicklung, auch mit unvorhersehbarem und stark schwankendem Hilfebedarf, entsprechend Rechnung trägt.
- b) Verordnungsfähigkeit ist nur gegeben, sofern nur durch die Symptomkontrolle nach Nr. 24a der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege dazu nicht ausreichen (*vgl. 2.3.1 von Seite 3 der Tragenden Gründe zum G-BA Beschluss vom 16. März 2017*).
- c) Symptomkontrolle ist nicht verordnungsfähig, wenn der Versicherte bereits Leistungen der SAPV in Form der SAPV-Vollversorgung oder der additiv unterstützenden palliativpflegerischen Teilversorgung durch ein SAPV-Team erhält (*vgl. Seite 4 der Tragenden Gründe zum G-BA Beschluss vom 16. März 2017*).
- d) Leistungsinhalte der RiNr. 24 a sind
  - **Symptomkontrolle:** Diese umfasst das Erkennen, Erfassen und Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen wie Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonale oder kardiale Symptome (Atemnot, beginnendes Lungenödem, Blutdruckkrise) Obstipation. Dazu gehört auch die Wundkontrolle und –behandlung bei exulzierenden Wunden.
  - **Krisenintervention:** Diese beinhaltet eine Abfolge von medizinischen und pflegerischen Handlungen bei plötzlich auftretenden Symptom-verschlechterungen oder plötzlich auftretenden Krankheitsreaktionen (z. B. Krampfanfälle, Blutungen, akute Angstzustände).
- e) Für die Symptomkontrolle kann der behandelnde Arzt eine eigenständige Verordnung ausstellen (auch zusätzlich und ergänzend zu einer ggf. bereits bestehenden Verordnung über Leistungen der häuslichen Krankenpflege).
- f) Eine Verordnung für den Bedarfsfall („bei Bedarf“), insbesondere bei dem Leistungsbestandteil „Krisenintervention“ ist grundsätzlich zulässig und möglich. Fester Bestandteil einer (Bedarfs-)Verordnung der Krisenintervention ist das Vorliegen eines individuellen Notfallplans, der vom verordnenden Arzt ausgestellt wurde und im Einzelfall auf Anforderung im Genehmigungsverfahren zur Verfügung gestellt wird.
- g) Die Leistungserbringung und die Abrechnung der im Haushalt des Versicherten erbrachten Leistungen erfolgt als Zeitleistung, jeweils in angefangenen 5-Minuten-Zeiteinheiten.
- h) Die abrechnungsfähige Höchstgrenze je Versicherten und Kalendertag beträgt 3 Stunden.
- i) Ein Hausbesuch zur Symptomkontrolle beinhaltet neben den Leistungen der Symptomkontrolle auch alle anderen bei diesem Hausbesuch im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen entsprechend dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL *vgl. Seite 3 der Tragenden Gründe zum G-BA Beschluss vom 16. März 2017*).

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

8	Anleitung bei der Behandlungspflege in der Häuslichkeit (vgl. Ziffer II)	Zu Position 1 bis 6 d) und f) sowie 7 Zuschlag je Leistung von 50 % abrechenbar	7	diverse
<b>Pos. nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
9	Spezielle Krankenbeobachtung durch Pflegefachkraft (alle während der Zeit erbrachten Leistungen sind enthalten und abgegolten)	Einzelfallregelung	24	320

**B. Grundpflege**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
10	Grundpflege, höchstens 2 x je Tag berechenbar (z. B. Ausscheidungen, Ernährung, Körperpflege, ggf. einschl. der allg. pflegerischen Prophylaxen, Lagern und Mobilität)	27,91 €	2/3/4	124
11	Grundpflege einschl. hauswirtschaftlicher Versorgung zus. bis 1 Std. Nimmt diese Leistungskombination mehr als 1 Stunde in Anspruch sind die Positionen B 10 und C nebeneinander abrechenbar.	36,52 €	2/3/4/5	111
12	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit (vgl. Ziffer II)	Zu Position 10 und 11 je Leistung ein Zuschlag von 50 % abrechenbar.	1	996

**C. Hauswirtschaftliche Versorgung**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
C1	Zeitabrechnung je angefangene 5 Min. je Stunde max. 3 Stunden je Tag abrechenbar	2,04 € 24,48 € 73,44 €	5	440

## II. Gebührensätze für Anleitungsleistungen

### A. Anleitung bei Behandlungspflegeleistungen (Nr. 7 HKP-RL)

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
1a	s.c.- / i.m.-Injektionen, auch mittels PEN, einschl. Einmalmaterial mit sicheren Sharps für bis zu zwei Injektionen pro Besuch. Der PEN ist nicht vom Pflegedienst zu stellen.	7,32 €	7 (18)	441
1a1	s.c.- / i.m.-Injektionen bei Verwendung von Fertigspritzen für bis zu zwei Injektionen pro Besuch. Die Fertigspritzen sind nicht vom Pflegedienst zu stellen.	6,56 €	7 (18)	997
1b	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation (ohne Einmalmaterial) je Besuch	3,53 €	7 (19)	336
2a1	Pflege und Verbandswechsel des zentralen Venenkatheters	7,71 €	7 (30)	406
2a2	Versorgung des suprapubischen Katheters	7,71 €	7 (22)	398
2a3	Versorgung bei PEG	7,71 €	7 (27)	404
2a4	Stomabehandlung; Inhalte: Desinfektion, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z.B. Urostoma, Anus- praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut (kein Beutelwechsel)	14,93 €	7 (28)	405
2b1	Wundverband anlegen oder wechseln: die Abrechnung mehrerer lokal getrennter Wunden an einer Extremität ist grundsätzlich möglich, dies ist im Einzelfall im Genehmigungsverfahren zu prüfen	14,93 €	7 (31)	407

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
2b1a	Zwei Wundverbände anlegen oder wechseln: die Abrechnung mehrerer lokal getrennter Wunden an einer Extremität ist grundsätzlich möglich, dies ist im Einzelfall im Genehmigungsverfahren zu prüfen Bei der Abrechnung von weniger als zwei Wundverbänden ist die GPOS 407 (ein WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	29,86 €	7 (31)	998
2b1b	Drei Wundverbände anlegen oder wechseln: die Abrechnung mehrerer lokal getrennter Wunden an einer Extremität ist grundsätzlich möglich, dies ist im Einzelfall im Genehmigungsverfahren zu prüfen Bei der Abrechnung von weniger als drei Wundverbänden ist die GPOS 407 (1 WV) oder die GPOS 998 (2 WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	44,79 €	7 (31)	999
2b2	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	14,93 €	7 (12)	393
2b2a	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei zwei Dekubiti Bei der Abrechnung von weniger als zwei Dekubiti ist die GPOS 393 (1 Dek) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	29,86 €	7 (12)	A01
2b2b	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei drei Dekubiti Bei der Abrechnung von weniger als drei Dekubiti ist die GPOS 393 (1 Dek) bzw. die GPOS A01 (2 Dek.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	44,79 €	7 (12)	A02
2c1	Ärztlich verordneter Kompressionsstrumpf anziehen an einer Extremität	4,26 €	7 (31)	B36

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
2c1a	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B36 (1 KompStr.anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	8,52 €	7 (31)	B37
2c1b	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B37 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS B36 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	12,78	7 (31)	B38
2c1c	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B38 (3 KompStr. anz.), die GPOS B37 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS B36 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,04 €	7 (31)	B39
2c2	Ärztlich verordneter Kompressionsstrümpfe ausziehen an einer Extremität	4,26 €	7 (31)	B40
2c2a	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B40 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	8,52 €	7 (31)	B41
2c2b	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B41 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS B40 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	12,78 €	7 (31)	B42



Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c2c	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B42 (3 KompStr. ausz), die GPOS B41 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS <b>B40</b> (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,04 €	7 (31)	B43
2c3	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln	8,54 €	7 (31)	408
2c3a	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsverbänden ist die GPOS 408 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,08 €	7 (31)	A09
2c3b	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsverbänden ist die GPOS <b>A09</b> (2 KompV) bzw. die GPOS 408 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	25,62 €	7 (31)	A10
2c3c	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsverbänden ist die GPOS A10 (3 KompV) bzw. die GPOS A09 (2 KompV) bzw. die GPOS 408 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	34,16 €	7 (31)	A11
2c4	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad siehe Pos. Nr. 6a10) an einem Bein	23,43 €	7 (31)	443

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
2c4a	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad s. Pos. Nr. 6a10) an zwei Beinen. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionen ist die GPOS 443 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	46,86 €	7 (31)	A12
2c5	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle)	4,26 €	7 (31)	A13
2c5a	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsverbänden ist die GPOS A13 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	8,52 €	7 (31)	A14
2c5b	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsverbänden ist die GPOS A14 (2 KompV) bzw. die GPOS A13 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	12,78 €	7 (31)	A15
2c5c	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als vier Kompressionsverbänden ist die GPOS A15 (3 KompV) bzw. die GPOS A14 (2 KompV.) bzw. die GPOS A13 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,04 €	7 (31)	A16

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos.nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
2c6	Anlegen von stützenden / stabilisierenden Verbänden je Verband	8,51 €	31	410
2c7	Anlegen von Orthesen und Bandagen	8,51 €	31d	C16
2c8	Ablegen von Orthesen und Bandagen	6,39 €	31d	C17
2MAX	Deckelungsposition 2a bis 2c höchstens je Besuch	54,78 €		444
3	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich Pflege und Verbandswechsel	9,90 €	7 (29)	464
4a	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung; Katheterset, Gleitmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Blockflüssigkeit sind in der Gebühr nicht beinhaltet	12,14 €	7 (23)	452
4b	Legen oder Wechseln einer Magensonde	12,14 €	7 (25)	399
5a	Klistier/Klysma je Leistung	7,04 €	7 (14)	457
5b	Digitale Enddarmausräumung	9,90 €	7 (14)	445
5c	Hebe-/Senkeinlauf	20,70 €	7 (14)	A98
6a1	Medikamentengaben je Hausbesuch unabhängig von der Anzahl einzelner Medikamentengaben und der Anzahl der Darreichungsformen (6a11 daneben nicht abrechenbar)	6,00 €	7 (26)	338
<b>(6a2-6a5 ist nicht besetzt)</b>				
6a6	Blutdruckmessung je Hausbesuch	3,53 €	7 (10)	331
6a7	Flüssigkeitsbilanzierung je Hausbesuch	3,53 €	7 (15)	395
6aMAX	Deckelungsposition aus <u>6a6</u> und <u>6a7</u>	4,95 €	7 (10/15)	A17
6a9	Abgabe von Medikamenten durch Einreibungen je Hausbesuch	4,43 €	7 (26)	401
6a10	Abgabe von Medikamenten durch medizinisches Bad je Hausbesuch	7,71 €	7 (26)	402

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
6a11	Richten von Medikamenten im Wochendispenser (für diese Woche kann die Pos. 6a1 für die Vergabe von Medikamenten in Form von Tabletten, Dragees und Kapseln nicht abgerechnet werden). Das Richten der Medikamente erfolgt i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte, Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle beim erneuten Richten, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.	10,31 €	7 (26)	400
6b	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen und Einmalmaterial (einschl. sichere Sharps) je Besuch	4,37 €	7 (11)	372
6b1	interstitielle Glukosemessung gemeinsam mit anderen Leistungen aus SGB V oder SGB XI	1,44 €	7 (11a)	C33
6b1a	interstitielle Glukosemessung als alleinige Leistung	2,57 €	7 (11a)	C28
6b2	Wechsel des Sensors für interstitielle Glukosemessung	4,37 €	7 (11a)	C29
6b3	Kalibrierung des Testgerätes bei interstitieller Glukosemessung	4,37 €	7 (11a)	C30
6c	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	5,25 €	7 (21)	397
6d1	Blasenspülung	6,60 €	7 (9)	448
6d2	Versorgung und Überprüfung von Drainagen	6,60 €	7 (13)	394
6d3	Instillation	6,60 €	7 (20)	396
6d4	Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich)	6,60 €	7 (6)	390
6dMAX	6d1-6d4 je Besuch höchstens	26,40 €		447
6e	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfall-Regelung	7 (8)	455
6f	Inhalation je Besuch	8,84 €	7 (17)	333
6g	MRSA-Eradikationstherapie (MRSA-Sanierung) einschließlich aller damit zusammenhängenden Leistungen	Einzelfall-Regelung	7 (26a)	A18

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
7	Anhängen oder Abhängen der ärztlich verordneten Infusion bei ärztlich gelegtem peripheren oder zentralen i.v.-Zugang oder des ärztlich punktierten Port-a-cath zur Flüssigkeitssubstitution oder zur parenteralen Ernährung, Kontrolle der Laufgeschwindigkeit (ggf. per Infusionsgerät) und der Füllmenge, Durchspülen des Zugangs nach erfolgter Infusionsgabe, Verschluss des Zugangs.	25,37 €	7 (16)	450
7a	Wechsel des Infusionsbehälters	4,43 €	7 (16)	449
7b	a) Legen und Anhängen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution einschl. Vor- und Nachbereitung (Entsorgung von Materialien usw.) sowie Fixierung der Nadel und Desinfektion. b) Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge c) Überprüfung der Einstichstelle auf Zeichen der Ödembildung, Schwellung oder Rötung.  Eine Abrechnung der Pos. 7a für denselben Hausbesuch ist nicht möglich.	17,87 €	16a (7)	599

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
7c	<p>a) Abhängen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution einschl. Nachbereitung (Entsorgung von Materialien usw.) und Verschluss der Einstichstelle mit (Pflaster-) Verband</p> <p>b) Überprüfung der Einstichstelle auf Zeichen der Ödembildung, Schwellung oder Rötung</p> <p>Eine Abrechnung der Pos. 7a für denselben Hausbesuch ist nicht möglich.</p>	7,53 €	16a (7)	656

**B. Anleitung bei der Grundpflege**

<b>Pos. nr.</b>	<b>Anleitung bei Leistung</b>	<b>EURO-Beträge</b>	<b>RL-Nr.</b>	<b>GPOS</b>
10	Grundpflege, höchstens 2 x je Tag berechenbar (z. B. Ausscheidungen, Ernährung, Körperpflege, ggf. einschl. der allg. pflegerischen Prophylaxen, Lagern und Mobilität).	41,87 €	7 (2/3/4)	376
11	Grundpflege einschl. hauswirtschaftl. Versorgung zus. bis 1 Std. Nimmt diese Leistungskombination mehr als 1 Stunde in Anspruch sind die Positionen B 10 und C nebeneinander abrechenbar.	54,79 €	2/3/4/5	451

**III.** Mit den in Ziffern I und II jeweils genannten Gebühren sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Verrichtungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten (u. a. auch die Versorgung und Sterilisation bei der Pflege verwendeten Geräte. Dies gilt nicht für ärztlich verordnete Arzneien, Verbandmaterialien und sonstige Heil- und Hilfsmittel.

**IIIa.** Bei außergewöhnlich aufwändigen Wundversorgungen wird im vertragspartnerschaftlichen Austausch zwischen dem Pflegedienst und der zuständigen Krankenkasse nach einer angemessenen Lösung gesucht.

**IV.** Für die verordneten und von den Krankenkassen genehmigten Leistungen dürfen Zahlungen oder Zuzahlungen von den Versicherten nicht gefordert oder angenommen werden.

## **V. Anfahrtspauschale**

- 1) Die Anfahrtspauschale beträgt pro Einsatz tagsüber (06.00 Uhr bis 21.00 Uhr) 6,10 € (GPOS 701). Für nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr) erbrachte Einsätze sind 8,67 € (GPOS 721) abrechenbar. 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 V-Leistungen versorgten Versicherten zu dividieren.
- 3) Werden neben den Leistungen nach diesem Vertrag auch Leistungen nach dem SGB XI erbracht, so beträgt die Anfahrtspauschale 3,05 € (GPOS 713). Für nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr) erbrachte Einsätze beträgt dann die Anfahrtspauschale 4,34 € (GPOS 722). Bei Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag neben Leistungen nach dem SGB XI bei mehreren Versicherten beträgt die Pauschale pro Einsatz und Versichertem tagsüber (06.00 Uhr bis 21.00 Uhr) 1,53 € (GPOS 720) und für nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr) durchgeführte Einsätze 2,17 € (GPOS 724). 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 für nach diesem Vertrag pro Einsatz und Versicherten tagsüber (06.00 Uhr bis 21.00 Uhr) durchgeführte Einsätze 1,02 €. Für nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr) durchgeführte Einsätze beträgt die Anfahrtspauschale dann 1,45 €. Bei Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag gemeinsam mit Leistungen nach dem SGB XI beträgt die Pauschale pro Einsatz und Versichertem für tagsüber (06.00 Uhr bis 21.00 Uhr) durchgeführte Einsätze 0,51 € und für nachts (21.01 Uhr bis 05.59 Uhr) durchgeführte Einsätze 0,73 €.
- 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:

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

- 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 Anfahrtpauschale abrechenbar.
- (7) Mit den Gebühren für Hausbesuche ist auch der Aufwand für alle im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen notwendig gewordenen Wege abgegolten. Wegpauschale oder Wegegeld können nicht gesondert berechnet werden.



**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)**

Pos. Nr.	Leistung	Für ab 01.01.2023 durchgeführte Einsätze	GPOS
<b>Anfahrt tagsüber</b>			
V (1)	Anfahrtpauschale 06:00 – 21:00 Uhr	6,10 €	701
V (3)	Halbe Anfahrtpauschale 06:00 – 21:00 Uhr (bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V und SGB XI)	3,05 €	713
V (3)	Halbe Anfahrtpauschale 06:00 – 21:00 Uhr (zwei Versicherte mit SGB V-Leistungen) <b>insgesamt maximal Pos. V (1)</b>	3,05 €	702
V (4)	Anfahrtpauschale 06:00 – 21:00 Uhr - mehr als zwei Versicherte mit SGB V-Leistung <b>insgesamt max Pos. V (1)</b> oder - mehrere Versicherte (bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V und SGB XI) <b>insgesamt maximal Pos. V (3)</b>	1,53 €	720
<b>Anfahrt nachts</b>			
V (2)	Anfahrtpauschale 21:01 – 05:59 Uhr	8,67 €	721
V (3)	Halbe Anfahrtpauschale 21:01 – 05:59 Uhr (bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V und SGB XI)	4,34 €	722
V (3)	Halbe Anfahrtpauschale 21:01 – 05:59 Uhr (zwei Versicherte mit SGB V-Leistungen) <b>insgesamt maximal Pos. V (2)</b>	4,34 €	723
V (4)	Anfahrtpauschale 21:01 – 05:59 Uhr - mehr als zwei Versicherte mit SGB V- und SGB XI- Leistungen, <b>insges. max. Pos. V (2)</b> oder - mehrere Versicherte mit SGB V- und SGB XI- Leistungen; <b>insgesamt max. Pos. V (3)</b>	2,17 €	724
<b>Anfahrt zu Wohngemeinschaften durch externen Pflegedienst</b>			
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei Versorgung mit HKP (06:00 – 21:00 Uhr)	1,02 €	A90
V (7)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten (bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V und SGB XI) 06:00 – 21:00 Uhr	0,51 €	A91
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei Versorgung mit HKP 21:01 – 05:59 Uhr	1,45 €	A93
V (7)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten (bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V und SGB XI) 21:01 – 05:59 Uhr	0,73 €	A94

## **VI. Umsetzung des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V**

Dieser Gebührenregelung wird für die Umsetzung des Datenträgeraustausches gemäß § 302 SGB V das **AC/TK 32 02 608** zugeordnet.

## **VII. Unterschriften auf den Leistungsnachweisen**

Abweichend von § 9 Abs. 2 des Rahmenvertrags nach § 132a Abs. 2 (früher) SGB V für den Bereich häusliche Krankenpflege ist ab Abrechnung nach dieser Vereinbarung der Nachweis über den Umfang der erbrachten Leistungen vom Versicherten oder ggf. einem rechtlichen Vertreter **monatlich** am Ende der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen und der Abrechnung beizufügen.

## **VIII. Gültigkeit**

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 Krankenkassenverbände in Bayern, bzw. den Arbeitskreis privater Pflegevereinigungen in Bayern erfolgen. Nach Beendigung der Laufzeit gilt er 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.

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022  
mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater  
Pflegevereinigungen in Bayern (ohne BAH-Mitglieder) (AC/TK 32 02 608)

München, den 08.12.2022

---

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

---

Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege  
e.V., Geschäftsstelle Süd

---

BKK Landesverband Bayern

---

Bundesverband Ambulante Dienste und  
Stationäre Einrichtungen e.V.,  
Geschäftsstelle Süd

---

IKK classic Dresden, auch in Vertretung der im  
Rubrum genannten anderen  
Innungskrankenkassen

---

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste  
e.V., Landesgruppe Bayern

---

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

---

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

---

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Verwaltungsstelle München

---

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe  
Landesverband Bayern e.V.

---

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

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen-  
verbände in Bayern  
c/o AOK Bayern – Die Gesundheitskasse  
z.Hd. DTA-Administration  
Pestalozzistr. 8  
95326 Kulmbach  
Fax.nr. 09221/945-4210

## Anlage 1 – Verbindliche Beitrittserklärung

1) Hiermit erkläre ich den Beitritt zu der Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 08.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen.

Ich bin Mitglied bei dem Leistungserbringerverband: \_\_\_\_\_

2) Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wechsel eines Leistungserbringerverbandes innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft bei dem neuen Leistungserbringerverband an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, c/o AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Telefax-Nr. 09221/945-4210, bekannt zu geben.

3) Der Beitritt zu der o.g. Vereinbarung mit Wirkung für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen ist möglich, soweit diese Beitrittserklärung spätestens am **15.12.2022** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse vorliegt. Geht diese Beitrittserklärung erst nach dem **15.12.2022** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse – ein, ist der Beitritt zum 1. Tag des auf den Eingang der Beitrittserklärung folgenden Quartalsbeginns (**dann frühestens ab 01.04.2023**) möglich.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum, Unterschrift und Stempel des Pflegedienstes)

\_\_\_\_\_  
(Institutionskennzeichen)

**AC/TK: 32 02 608**