

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

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:**

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern e.V.
Edelsbergstr. 10
80686 München

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle
Garmischer Str. 19 - 21
81373 München

Diakonisches Werk Bayern e.V.
Landesverband der Inneren Mission
Pirckheimerstr. 6
90408 Nürnberg

Landesverband der
israelitischen Kultusgemeinden in Bayern
Effnerstr. 68
81925 München

Bayerischer Landkreistag
Kardinal-Döpfner-Str. 8
80333 München

Bayerischer Städtetag
Prannerstr. 7
80333 München

- einerseits -

- andererseits –

§ 1

Gegenstand dieser Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung regelt die praktische Umsetzung der Refinanzierung der erweiterten Ballungsraumzulage für Pflegedienste im Großraum München und Verdichtungsraum München (auch Großraumzulage München genannt). Andere Zuschüsse oder Zahlungen an Pflegedienstmitarbeiter als die erweiterte Ballungsraumzulage im Großraum München und im Verdichtungsraum München sind kein Gegenstand dieser Vereinbarung.
- (2) Zwischen den Vertragsparteien besteht Konsens, dass die bisherige Ballungsraumzulage einschließlich aller bestehenden Erhöhungen bereits Bestandteil der bestehenden Vereinbarungen ist und bislang war. Ausschließlich für Pflegedienste, die sich im Großraum und Verdichtungsraum München befinden und eine erweiterte Ballungsraumzulage an ihre Pflegemitarbeiter ausbezahlen, kann demnach eine Anwendung dieser Vereinbarung überhaupt in Betracht kommen.
- (3) Weiterhin besteht Konsens zwischen den Vertragsparteien, dass zur Umsetzung dieser Regelung durch die Pflegedienste, die dieser Vereinbarung beitreten, gegenüber den Kostenträgern entsprechende Anforderung zur Transparenz zu erfüllen sind (vgl. hierzu § 2 Abs. 2 dieser Vereinbarung). Die datenschutzrechtlich relevanten Regelungen sind dabei selbstverständlich uneingeschränkt von allen Beteiligten zu beachten und einzuhalten.
- (4) Zwischen den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, dass die Finanzierung durch die Pflegedienste ab 01.01.2021 erfolgt ist, jedoch kalkulatorisch erst ab 01.04.2021 berücksichtigt wurde und bei den nachfolgenden Vereinbarungen zurückgerechnet werden muss.

§ 2

Nachweis der Gewährung der Großraumzulage München gegenüber den Kostenträgern

- (1) Für Pflegedienste, die einer unmittelbaren Tarifbindung oder einer Dienstvereinbarung unterliegen, wenn diese tariflich geregelt ist oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen (z.B. Arbeitsrechtliche Kommission) unterliegen, legt der jeweilige Leistungserbringerverband eine Liste über die Pflegedienste vor, deren Träger von dieser Vereinbarung Gebrauch machen werden, da hier § 1 Abs. 1 zutrifft. Gleichzeitig gibt der jeweilige Träger eine rechtsverbindliche Erklärung ab, dass dieser Pflegedienst die Regelungen der erweiterten Großraumzulage München uneingeschränkt den Mitarbeitern, ab dem in der jeweiligen Festlegung getroffenen Zeitpunkt, die entsprechende erhöhte Ballungsraumzulage gewährt.
- (2) Die Rücknahme oder Änderung der Auszahlung der erweiterten Ballungsraumzulage an die Pflegemitarbeiter ist vom Pflegedienst unverzüglich gegenüber den Kostenträgern mit dem Datum der Beendigung der Zahlung anzuzeigen. Die Berechtigung zur Abrechnung der Preise nach § 3 dieser Ergänzungsvereinbarung entfällt ab dem Folgetag nach Wegfall der erweiterten Ballungsraumzulage.
- (3) Die Frist für die Rückforderung von unrechtmäßig in Rechnung gestellten Beträgen aus dieser Sondervereinbarung beträgt 4 Jahre (§ 45 SGB I).

§ 3 Entgeltregelung

Für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die in der Zeit ab 01.01.2023 durch einen Mitgliedsdienst der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringerverbände erbracht werden, und die ihren Mitarbeitern die Großraumzulage München in vollumfänglichem Umfang gewähren, gelten nachfolgend genannte Gebühren:

I. Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung

A. Behandlungspflege:

Pos. nr.	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.	5,19 €	18	257
1a1	s.c.- / i.m.-Injektionen bei Verwendung von Fertigspritzen (bis zu zwei Injektionen pro Besuch). Die Fertigspritzen sind nicht vom Pflegedienst zu stellen.	4,66 €	18	256
1b	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation (ohne Einmalmaterial) je Besuch	2,49 €	19	311
2a1	Pflege und Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters	5,45 €	30	319
2a2	Versorgung des suprapubischen Katheters	5,45 €	22	313
2a3	Versorgung bei PEG	5,45 €	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)	10,57 €	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	10,57 €	31	322

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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.	21,14 €	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.	31,71 €	31	467
2b2	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	10,57 €	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.	21,14 €	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.	31,71 €	12	471
2c1	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an einer Extremität	3,01 €	31	B28

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c1a	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe an zwei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B28(1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	6,02 €	31	B29
2c1b	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an drei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B29 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS B28 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	9,03 €	31	B30
2c1c	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen an vier Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als vier 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.	12,04 €	31	B31
2c2	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an einer Extremität.	3,01 €	31	B32
2c2a	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an zwei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsstrümpfen ist die GPOS B32 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	6,02 €	31	B33
2c2b	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an drei Extremitäten . 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.	9,03 €	31	B34

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	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 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.	12,04 €	31	B35
2c3	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln	6,03 €	31	308
2c3a	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an zwei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionsverbänden ist die GPOS 308 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	12,06 €	31	425
2c3b	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an drei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsverbänden ist die GPOS 425 (2 KompV) bzw. GPOS 308 die (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	18,09 €	31	992
2c3c	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an vier Extremitäten . 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.	24,12 €	31	993
2c4	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad s. Pos. Nr. 6a10) an einem Bein .	16,59 €	31	386

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

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 zwei Beinen . Bei der Abrechnung von weniger als zwei Kompressionen ist die GPOS 386 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	33,18 €	31	475
2c5	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle).	3,01 €	31	387
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 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	6,02 €	31	581
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 581 (2 KompV) bzw. die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	9,03 €	31	994
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 994 (3 KompV) bzw. die GPOS 581 (2 KompV.) bzw. die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	12,04 €	31	995

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c6	Anlegen von stützenden / stabilisierenden Verbänden je Verband	6,00 €	31	323
2c7	Anlegen von Orthesen und Bandagen	6,00 €	31d	C13
2c8	Ablegen von Orthesen und Bandagen	4,50	31d	C14
2MAX	Deckelungsposition 2a bis 2c höchstens je Besuch	38,76 €		436
3	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich Pflege und Verbandswechsel.	7,02 €	29	435
4a	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung. Katheterset, Gleitmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Blockflüssigkeit sind in der Gebühr nicht beinhaltet.	8,58 €	23	262
4b	Legen oder Wechseln einer Magensonde	8,58 €	25	265
5a	Klistier/Klysma je Leistung	4,99 €	14	303
5b	Digitale Enddarmausräumung	7,00 €	14	315
5c	Hebe-/Senkeinlauf	14,64 €	14	A92
6a1	Medikamentengaben je Hausbesuch unabhängig von der Anzahl einzelner Medikamentengaben und der Anzahl der Darreichungsformen (6a11 daneben nicht abrechenbar)	4,24 €	26	233
(6a2-6a5 ist nicht besetzt)				
6a6	Blutdruckmessung je Hausbesuch	2,49 €	10	201
6a7	Flüssigkeitsbilanzierung je Hausbesuch	2,49 €	15	249
6aMAX	Deckelungsposition aus <u>6a6</u> und <u>6a7</u>	3,49 €	10/15	437
6a9	Abgabe von Medikamenten durch Einreibungen je Hausbesuch	3,13 €	26	248
6a10	Abgabe von Medikamenten durch medizinisches Bad je Hausbesuch	5,45 €	26	236

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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.	7,29 €	26	312
6b	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen und Einmalmaterial einschl. sichere Sharps je Besuch	3,08 €	11	284
6b1	interstitielle Glukosemessung gemeinsam mit anderen Leistungen aus SGB V oder SGB XI	1,01 €	11a	C32
6b1a	interstitielle Glukosemessung als alleinige Leistung	1,80 €	11a	C24
6b2	Wechsel des Sensors für interstitielle Glukosemessung	3,08 €	11a	C25
6b3	Kalibrierung des Testgerätes bei interstitieller Glukosemessung	3,08 €	11a	C26
6c	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	3,72 €	21	203
6d1	Blasenspülung	4,68 €	9	241
6d2	Versorgung und Überprüfung von Drainagen	4,68 €	13	246
6d3	Instillation	4,68 €	20	259
6d4	Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich)	4,68 €	6	230
6dMAX	6d1-6d4 je Besuch höchstens	18,72 €		438
6e	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfall-Regelung	8	238
6f	Inhalation je Besuch	6,25 €	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 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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.	17,95 €	16	326
7a	Wechsel des Infusionsbehälters	3,13 €	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.	12,64 €	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.	5,33 €	16a	598

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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>5,34 € 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 Vollzeittätigkeit 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:

- d) Die Nr. 24a stellt eine komplexe Leistung dar, die einer sich dynamisch verändernden Krankheitsentwicklung, auch mit unvorhersehbarem und stark schwankendem Hilfebedarf, entsprechend Rechnung trägt.
- e) 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*).
- f) 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*).
- g) 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).

- h) 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).
- i) 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.
- j) Die Leistungserbringung und die Abrechnung der im Haushalt des Versicherten erbrachten Leistungen erfolgt als Zeitleistung, jeweils in angefangenen 5-Minuten-Zeiteinheiten.
- k) Die abrechnungsfähige Höchstgrenze je Versicherten und Kalendertag beträgt 3 Stunden.
- l) 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 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos.nr	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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
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)	29,63 €	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.	38,76 €	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	2,17 € 26,04 € 78,12 €	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.	7,79 €	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.	6,98 €	7 (18)	997
1b	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation (ohne Einmalmaterial) je Besuch	3,75 €	7 (19)	336
2a1	Pflege und Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters	8,18 €	7 (30)	406
2a2	Versorgung des suprapubischen Katheters	8,18 €	7 (22)	398
2a3	Versorgung bei PEG	8,18 €	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)	15,86 €	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	15,86 €	7 (31)	407

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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	31,72 €	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	47,58 €	7 (31)	999
2b2	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	15,86 €	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	31,72 €	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	47,58 €	7 (12)	A02
2c1	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe anziehen je Extremität	4,52 €	7 (31)	B36

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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	9,04 €	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.	13,56 €	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.	18,08 €	7 (31)	B39
2c2	Ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe ausziehen an einer Extremität	4,52 €	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.	9,04 €	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.	13,56 €	7 (31)	B42

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

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 B40 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	18,08 €	7 (31)	B43
2c3	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln	9,03 €	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.	18,06 €	7 (31)	A09
2c3b	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als drei Kompressionsverbänden ist die GPOS A09 (2 KompV) bzw. die GPOS 408 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	27,09 €	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.	35,84 €	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	24,90 €	7 (31)	443

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei 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 2 Beinen. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionen ist die GPOS 443 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	49,80 €	7 (31)	A12
2c5	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle)	4,52 €	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.	9,04 €	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.	13,56 €	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.	18,08 €	7 (31)	A16
2c6	Anlegen von stützenden / stabilisierenden Verbänden je Verband	9,00 €	7 (31)	410

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c7	Anlegen von Orthesen und Bandagen	9,00 €	7 (31d)	C16
2c8	Ablegen von Orthesen und Bandagen	6,76 €	7 (31d)	C17
2MAX	Deckelungsposition 2a bis 2c höchstens je Besuch	58,14 €		444
3	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich Pflege und Verbandswechsel	10,53 €	7 (29)	464
4a	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung; Katheterset, Gleitmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Blockflüssigkeit sind in der Gebühr nicht beinhaltet	12,86 €	7 (23)	452
4b	Legen oder Wechseln einer Magensonde	12,86 €	7 (25)	399
5a	Klistier/Klysma je Leistung	7,47 €	7 (14)	457
5b	Digitale Enddarmausräumung	10,52 €	7 (14)	445
5c	Hebe-/Senkeinlauf	21,96 €	7 (14)	A98
6a1	Medikamentengaben je Hausbesuch unabhängig von der Anzahl einzelner Medikamentengaben und der Anzahl der Darreichungsformen (6a11 daneben nicht abrechenbar)	6,37 €	7 (26)	338
(6a2-6a5 ist nicht besetzt)				
6a6	Blutdruckmessung je Hausbesuch	3,75 €	7 (10)	331
6a7	Flüssigkeitsbilanzierung je Hausbesuch	3,75 €	7 (15)	395
6aMAX	Deckelungsposition aus <u>6a6</u> und <u>6a7</u>	5,24 €	7 (10/15)	A17
6a9	Abgabe von Medikamenten durch Einreibungen je Hausbesuch	4,70 €	7 (26)	401
6a10	Abgabe von Medikamenten durch medizinisches Bad je Hausbesuch	8,18 €	7 (26)	402

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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.	10,94 €	7 (26)	400
6b	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen und Einmalmaterial (einschl. sichere Sharps) je Besuch	4,62 €	7 (11)	372
6b1	interstitielle Glukosemessung gemeinsam mit anderen Leistungen aus SGB V oder SGB XI	1,51 €	11a	C33
6b1a	interstitielle Glukosemessung als alleinige Leistung	2,71 €	11a	C28
6b2	Wechsel des Sensors für interstitielle Glukosemessung	4,62 €	7 (11a)	C29
6b3	Kalibrierung des Testgerätes bei interstitieller Glukosemessung	4,62 €	7 (11a)	C30
6c	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	5,57 €	7 (21)	397
6d1	Blasenspülung	7,01 €	7 (9)	448
6d2	Versorgung und Überprüfung von Drainagen	7,01 €	7 (13)	394
6d3	Instillation	7,01 €	7 (20)	396
6d4	Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich)	7,01 €	7 (6)	390
6dMAX	6d1-6d4 je Besuch höchstens	28,04 €		447
6e	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfallregelung	7 (8)	455
6f	Inhalation je Besuch	9,37 €	7 (17)	333
6g	MRSA-Eradikationstherapie (MRSA-Sanierung) einschließlich aller damit zusammenhängenden Leistungen	Einzelfallregelung	7 (26a)	A18

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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.	26,93 €	7 (16)	450
7a	Wechsel des Infusionsbehälters	4,70 €	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.	18,95 €	16a (7)	599

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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>	7,98 €	16a (7)	656

B. Anleitung bei der Grundpflege

Pos. nr.	Anleitung bei 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).	44,44 €	7 (2/3/4)	376
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.	58,14 €	2/3/4/5	451

Für den vorgenannten Vergütungszeitraum gilt:

- 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 sowie die besondere Schutzkleidung, die für die Behandlung bei festgestellter MRSA- und MRE-Besiedelung beim jeweiligen Versicherten notwendig ist). 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. Hausbesuchsgebühr

- (1) Soweit ärztlich verordnete Hausbesuche durchgeführt werden, können unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen in der Zeit von 06.00 Uhr bis 21.00 Uhr **6,47 €** (GPOS 701) als Hausbesuchsgebühren berechnet werden.
- (2) Soweit Hausbesuche für die Nacht (21.01 bis 05.59 Uhr) ärztlich angeordnet werden, können unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen **9,19 €** (GPOS 721) als Hausbesuchsgebühren berechnet werden.
- (3) Wird anlässlich eines Hausbesuches neben der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung nach dem SGB XI zusätzlich Behandlungspflege nach Ziffer 1, Buchst. A erbracht, können in Abweichung zu Ziffer V Abs. 1 für ärztlich verordnete Hausbesuche **3,24 €** (GPOS 713) gegenüber der Krankenkasse berechnet werden.

Soweit Hausbesuche für die Nacht (21.01 bis 5.59 Uhr) ärztlich angeordnet werden, erhöht sich der Betrag auf **4,60 €** (GPOS 722).

- (4) Bei der gleichzeitigen Abgabe mehrerer Leistungen anlässlich eines Hausbesuches ist die Hausbesuchsgebühr nur einmal berechenbar; dies gilt auch, wenn in einem Haushalt mehrere Versicherte versorgt werden.

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

- (5) Bei Versicherten, die im Betreuten Wohnen, oder in einem Wohnbereich einer stationären Pflegeeinrichtung mit angeschlossener Wohneinrichtung wohnen und von einem dort angesiedelten ambulanten Pflegedienst versorgt werden, ist keine Hausbesuchsgebühr abrechenbar. Dies gilt analog, wenn sich Pflegekräfte im betreuten Wohnen, Wohngemeinschaften oder in einem Wohnbereich von stationären Einrichtungen dauernd aufhalten und deshalb keine gesonderte Anfahrt für die Versorgung des jeweiligen Versicherten anfällt. Ausschlaggebend ist dabei die Anschrift des Pflegedienstes im Versorgungsvertrag. Die Hausbesuchsgebühr bei Anfahrten zum betreuten Wohnen, die durch Pflegekräfte in ihrer unbezahlten Zeit erbracht werden, ist nicht abrechenbar.
- (6) Für die Versorgung von Versicherten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in denen kein ambulanter Dienst angesiedelt ist, sondern die Versorgung durch Pflegekräfte von außen stattfindet, ist je versorgtem Versicherten bei Erbringung von häuslicher Krankenpflege alleine bei diesem Versicherten für die Zeit von **06.00 – 21.00 Uhr: 1,08 € (GPOS A90)** abrechenbar.

Für in der Zeit von **21.01 – 05.59 Uhr** erbrachte Leistungen ist 1,53 € (GPOS A93) abrechenbar.

- (7) Für die Versorgung von Versicherten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in denen kein ambulanter Dienst angesiedelt ist, sondern die Versorgung durch Pflegekräfte von außen stattfindet, ist je versorgtem Versicherten bei Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Leistungen der Pflegeversicherung beim selben Hausbesuch bei diesem Versicherten für die Zeit von **06.00 – 21.00 Uhr: 0,54 € (A91)** abrechenbar.

Für die Zeit von **21.01. bis 05.59 Uhr** ist 0,77 € (GPOS A94) abrechenbar.

- (8) 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 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

Pos. Nr.	Leistung	€ ab 01.01.2023	GPOS
V (1)	Hausbesuchsgebühr 06:00 – 21:00 Uhr ganz	6,47 €	701
V (3)	Hausbesuchsgebühr 06:00 – 21:00 Uhr (ein Versicherter mit SGB V- und SGB XI-Leistungen)	3,24 €	713
V (3)	Hausbesuchsgebühr 06:00 – 21:00 Uhr (zwei Versicherte mit SGB V-Leistungen) insgesamt maximal s. Pos. V (1)	3,24 €	702
V (4)	Hausbesuchsgebühr 06:00 – 21:00 Uhr Mehrere Versicherte: insgesamt maximal Pos. V (1)	1,62 €	720
V (2)	Hausbesuchsgebühr 21:01 – 05:59 Uhr ganz	9,19 €	721
V (3)	Hausbesuchsgebühr 21:01 – 05:59 Uhr (ein Versicherter mit SGB V- und SGB XI-Leistungen)	4,60 €	722
V (3)	Hausbesuchsgebühr 21:01 – 05:59 Uhr (zwei Versicherte mit SGB V-Leistungen) insgesamt maximal Pos. V (2)	4,60 €	723
V (4)	Hausbesuchsgebühr 21:01 – 05:59 Uhr mehrere Versicherte; insgesamt maximal Pos. V (2)	2,30 €	724
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP alleine (06:00 – 21:00 Uhr)	1,08 €	A90
V (7)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP mit SGB XI-Leistungen bei gleichem Hausbesuch (06:00 – 21:00 Uhr)	0,54 €	A91
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP alleine (21:01 – 05:59 Uhr)	1,53 €	A93
V (7)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP mit SGB XI-Leistungen bei gleichem Hausbesuch (21:01 – 05:59 Uhr)	0,77 €	A94

§ 5

Umsetzung des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V

Dieser Gebührenregelung wird für die Umsetzung des Datenträgeraustausches gemäß § 302 SGB V das **AC/TK 31 02 512** zugeordnet.

§ 6

Wegfall des Rettungsschirms nach § 150 SGB XI

- (1) Für pandemiebedingte Mehrkosten der Pflegedienste wird für in der Zeit vom 01.01.2023 bis 30.06.2023 erbrachte Leistungen pro Hausbesuch/Einsatz ein Betrag von **0,34 €** (GPOS 821) erstattet, wenn bei diesem Hausbesuch ausschließlich Leistungen nach dem SGB V erbracht werden.
- (2) Werden bei diesem Hausbesuch/Einsatz in der Zeit vom 01.01.2023 bis 30.06.2023 neben den Leistungen nach dem SGB V auch Leistungen für einen anderen Kostenträger erbracht, beläuft sich die Erstattung für die pandemiebedingten Mehrkosten nach diesem Vertrag auf **0,17 €** (GPOS 822) je Hausbesuch.
- (3) Für die Versorgung von Versicherten in **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** sind je versorgtem Versicherten bei Erbringung von Leistungen nach dem SGB XI alleine bei diesem Versicherten **0,06 €** (GPOS 121) je Einsatz abrechenbar. Werden bei diesem Hausbesuch/Einsatz in der Zeit vom 01.01.2023 bis 30.06.2023 neben den Leistungen nach dem SGB V auch Leistungen für einen anderen Kostenträger erbracht, beläuft sich die Erstattung für die pandemiebedingten Mehrkosten nach diesem Vertrag auf **0,03 €** (GPOS 122) je Einsatz.
- (4) Soweit durch gesetzliche Regelung während der Laufzeit dieses Vertrages wiederum eine Erstattung von pandemiebedingten Mehrkosten eingeführt wird, reduziert sich die Abrechnung nach den Absätzen 1-3 zum Ende des Monats vor Beginn der Erstattung der pandemiebedingten Mehrkosten auf die Hälfte der genannten Beträge.

§ 7

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.

§ 8

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. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die mit diesem Vertrag gewährte Erhöhung bei der retrospektiven Auswertung des Ergebnisses der Tarifverhandlungen zum TVöD abgezogen wird. Eine Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern,

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 10.12.2022 mit Gültigkeit für ab 01.01.2023 erbrachte Leistungen bei vollumfänglicher
Gewährung der Großraumzulage München (AC/TK 31 02 512)**

bzw. die Freie Wohlfahrtspflege Bayern. erfolgen. Nach Beendigung der Laufzeit gilt er bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages weiter.

München, den 10.12.2022

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern e.V.

BKK Landesverband Bayern

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle

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

Diakonisches Werk Bayern e.V.
Landesverband der Inneren Mission

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

Landesverband der israelitischen
Kultusgemeinden in Bayern

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Verwaltungsstelle München

Bayerischer Landkreistag

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

Bayerischer Städtetag