

zwischen

folgenden Krankenkassen:

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

BKK Landesverband Bayern
Züricher Str. 25
81476 München

IKK classic
Meglinger Str. 7
81477 München

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion München
Putzbrunner Str. 73
81739 München

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Verwaltungsstelle München
Neumarkter Str. 35
81673 München

Ersatzkassen:
- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit
Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den 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

Deutscher Caritasverband
Landesverband Bayern e.V.
Lessingstr. 1
80336 München

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

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger
Behinderung
Landesverband Bayern e.V.
Kitzinger Str. 6
91056 Erlangen

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bayern e.V.
Charles-De-Gaulles-Str. 4
81737 München

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 –

Für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die in der Zeit ab 01.01.2018 durch einen Mitgliedsdienst der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringerverbände erbracht werden, 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 2 Injektionen pro Besuch. Der PEN ist nicht vom Pflegedienst zu stellen.	4,25 €	18	257
1a1	s.c.- / i.m.-Injektionen bei Verwendung von Fertigspritzen (bis zu 2 Injektionen pro Besuch. Die Fertigspritzen sind nicht vom Pflegedienst zu stellen.	3,81 €	18	256
1b	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation (ohne Einmalmaterial) je Besuch	2,05 €	19	311
2a1	Pflege und Verbandswechsel des zentralen Venenkatheters	4,47 €	30	319
2a2	Versorgung des suprapubischen Katheters	4,47 €	22	313
2a3	Versorgung bei PEG	4,47 €	27	309
2a4	Stomabehandlung; Inhalte: Desinfektion, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z.B. Urostoma, Anus- <i>praeter</i>) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut (kein Beutelwechsel)	8,66 €	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	8,66 €	31	322

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2b1a	2 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 2 Wundverbänden ist die GPOS 322 (ein WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,32 €	31	466
2b1b	3 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 3 Wundverbänden ist die GPOS 466 (2 WV) bzw. die GPOS 322 (1 WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	25,98 €	31	467
2b2	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	8,66 €	12	243
2b2a	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei 2 Dekubiti. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Dekubiti ist die GPOS 243 (1 Dek.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	17,32 €	12	470
2b2b	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei 3 Dekubiti Bei der Abrechnung von weniger als 3 Dekubiti ist die GPOS 470 (2 Dek.) bzw. die GPOS 243 (1 Dek.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	25,98 €	12	471
2c1	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an einer Extremität	2,47 €	31	984

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c1a	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an zwei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 984 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	4,94 €	31	985
2c1b	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an drei Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 985 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS 984 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	7,41 €	31	986
2c1c	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an vier Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 4 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 986 (3 KompStr. anz.), bzw. die GPOS 985 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS 984 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	9,88 €	31	987
2c2	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an einer Extremität.	2,47 €	31	988
2c2a	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 988 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	4,94 €	31	989
2c2b	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 989 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS 988 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	7,41 €	31	990

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c2c	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 4 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 990 (3 KompStr. ausz), bzw. die GPOS 989 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS 988 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	9,88 €	31	991
2c3	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln	4,93 €	31	308
2c3a	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an 2 Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsverbänden ist die GPOS 308 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	9,86 €	31	425
2c3b	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an 3 Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsverbänden ist die GPOS 425 (2 KompV) GPOS 308 bzw. die (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	14,79 €	31	992
2c3c	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - an 4 Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 4 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.	19,72 €	31	993
2c4	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad s. Pos. Nr. 6a10) an einem Bein .	13,59 €	31	386

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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 2 Beinen . Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionen ist die GPOS 386 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	27,18 €	31	475
2c5	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle).	2,47 €	31	387
2c5a	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an 2 Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsverbänden ist die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	4,94 €	31	581
2c5b	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an 3 Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsverbänden ist die GPOS 581 (2 KompV) bzw. die GPOS 387 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	7,41 €	31	994
2c5c	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an 4 Extremitäten . Bei der Abrechnung von weniger als 4 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.	9,88 €	31	995

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c6	Anlegen von stützenden / stabilisierenden Verbänden je Verband	4,92 €	31	323
2MAX	Deckelungsposition 2a bis 2c höchstens je Besuch	31,75 €		436
3	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich Pflege und Verbandswechsel.	5,74 €	29	435
4a	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung. Katheterset, Gleitmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Blockflüssigkeit sind in der Gebühr nicht beinhaltet.	7,03 €	23	262
4b	Legen oder Wechseln einer Magensonde	7,03 €	25	265
5a	Klistier/Klyisma je Leistung	4,08 €	14	303
5b	Digitale Enddarmausräumung	5,74 €	14	315
5c	Hebe-/Senkeinlauf	12,00 €	14	A92
6a1	Medikamentengaben je Hausbesuch unabhängig von der Anzahl einzelner Medikamentengaben und der Anzahl der Darreichungsformen (6a11 daneben nicht abrechenbar)	3,48 €	26	233
(6a2-6a5 ist nicht besetzt)				
6a6	Blutdruckmessung je Hausbesuch	2,05 €	10	201
6a7	Flüssigkeitsbilanzierung je Hausbesuch	2,05 €	15	249
6aMAX	Deckelungsposition aus <u>6a6</u> und <u>6a7</u>	2,87 €	10/15	437
6a9	Abgabe von Medikamenten durch Einreibungen je Hausbesuch	2,56 €	26	248
6a10	Abgabe von Medikamenten durch medizinisches Bad je Hausbesuch	4,47 €	26	236

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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.	5,97 €	26	312
6b	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen und Einmalmaterial einschl. sichere Sharps je Besuch	2,53 €	11	284
6c	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	3,04 €	21	203
6d1	Blasenspülung	3,83 €	9	241
6d2	Versorgung und Überprüfung von Drainagen	3,83 €	13	246
6d3	Instillation	3,83 €	20	259
6d4	Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich)	3,83 €	6	230
6dMAX	6d1-6d4 je Besuch höchstens	15,32 €		438
6e	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfall-Regelung	8	238
6f	Inhalation je Besuch	5,12 €	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 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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.	14,71 €	16	326
7a	Wechsel des Infusionsbehälters	2,56 €	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.	10,35 €	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.	4,36 €	16a	598

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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
Pos. nr.	Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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)	24,27 €	2/3/4	124
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.	31,75 €	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	1,77 € 21,24 € 63,72 €	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 2 Injektionen pro Besuch. Der PEN ist nicht vom Pflegedienst zu stellen.	6,38 €	7 (18)	441
1a1	s.c.- / i.m.-Injektionen bei Verwendung von Fertigspritzen für bis zu 2 Injektionen pro Besuch. Die Fertigspritzen sind nicht vom Pflegedienst zu stellen.	5,72 €	7 (18)	997
1b	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation (ohne Einmalmaterial) je Besuch	3,08 €	7 (19)	336
2a1	Pflege und Verbandswechsel des zentralen Venenkatheters	6,71 €	7 (30)	406
2a2	Versorgung des suprapubischen Katheters	6,71 €	7 (22)	398
2a3	Versorgung bei PEG	6,71 €	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)	12,99 €	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	12,99 €	7 (31)	407

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2b1a	2 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 2 Wundverbänden ist die GPOS 407 (ein WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	25,98 €	7 (31)	998
2b1b	3 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 3 Wundverbänden ist die GPOS 407 (1 WV) oder die GPOS 998 (2 WV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	38,97 €	7 (31)	999
2b2	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	12,99 €	7 (12)	393
2b2a	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei 2 Dekubiti Bei der Abrechnung von weniger als 2 Dekubiti ist die GPOS 393 (1 Dek) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	25,98 €	7 (12)	A01
2b2b	Dekubitusbehandlung ab Grad II bei 3 Dekubiti Bei der Abrechnung von weniger als 3 Dekubiti ist die GPOS 393 (1 Dek) bzw. die GPOS A01 (2 Dek.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	38,97 €	7 (12)	A02
2c1	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II je Extremität	3,71 €	7 (31)	377

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c1a	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 377 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig	7,42 €	7 (31)	A03
2c1b	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS A03 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS 377 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,13 €	7 (31)	A04
2c1c	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 4 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS A04 (3 KompStr. anz.), die GPOS A03 (2 KompStr. anz.) bzw. die GPOS 377 (1 KompStr. anz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	14,84 €	7 (31)	A05
2c2	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse 2 an einer Extremität	3,71 €	7 (31)	378
2c2a	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an zwei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS 378 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	7,42 €	7 (31)	A06
2c2b	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an drei Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS A06 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS 378 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,13 €	7 (31)	A07

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2c2c	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II an vier Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 4 Kompressionsstrümpfen ist die GPOS A07 (3 KompStr. ausz), die GPOS A06 (2 KompStr. ausz.) bzw. die GPOS 378 (1 KompStr. ausz.) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	14,84 €	7 (31)	A08
2c3	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln	7,40 €	7 (31)	408
2c3a	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an 2 Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsverbänden ist die GPOS 408 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	14,80 €	7 (31)	A09
2c3b	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an 3 Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsverbänden ist die GPOS A09 (2 KompV) bzw. die GPOS 408 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	22,20 €	7 (31)	A10
2c3c	Kompressionsverband anlegen oder Wechseln - nicht abwickeln - an 4 Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 4 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.	29,60 €	7 (31)	A11
2c4	Kompression bei Ulcus cruris-Behandlung (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; ohne med. Bad s. Pos. Nr. 6a10) an einem Bein	20,39 €	7 (31)	443

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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.	40,78 €	7 (31)	A12
2c5	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle)	3,71 €	7 (31)	A13
2c5a	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an 2 Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 2 Kompressionsverbänden ist die GPOS A13 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	7,42 €	7 (31)	A14
2c5b	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an 3 Extremitäten. Bei der Abrechnung von weniger als 3 Kompressionsverbänden ist die GPOS A14 (2 KompV) bzw. die GPOS A13 (1 KompV) abrechenbar. Eine Neuverordnung ist dann nicht nötig.	11,13 €	7 (31)	A15
2c5c	Abwickeln von Kompressionsverbänden (einschließlich Aufwickeln des Verbandes auf eine Rolle) an 4 Extremitäten Bei der Abrechnung von weniger als 4 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.	14,84 €	7 (31)	A16
2c6	Anlegen von stützenden / stabilisierenden Verbänden je Verband	7,38 €	31	410

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
2MAX	Deckelungsposition 2a bis 2c höchstens je Besuch	47,63 €		444
3	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich Pflege und Verbandswechsel	8,61 €	7 (29)	464
4a	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung; Katheterset, Gleitmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Blockflüssigkeit sind in der Gebühr nicht beinhaltet	10,55 €	7 (23)	452
4b	Legen oder Wechseln einer Magensonde	10,55 €	7 (25)	399
5a	Klistier/Klysma je Leistung	6,12 €	7 (14)	457
5b	Digitale Enddarmausräumung	8,61 €	7 (14)	445
5c	Hebe-/Senkeinlauf	18,00 €	7 (14)	Wurde beantragt
6a1	Medikamentengaben je Hausbesuch unabhängig von der Anzahl einzelner Medikamentengaben und der Anzahl der Darreichungsformen (6a11 daneben nicht abrechenbar)	5,22 €	7 (26)	338
(6a2-6a5 ist nicht besetzt)				
6a6	Blutdruckmessung je Hausbesuch	3,08 €	7 (10)	331
6a7	Flüssigkeitsbilanzierung je Hausbesuch	3,08 €	7 (15)	395
6aMAX	Deckelungsposition aus <u>6a6</u> und <u>6a7</u>	4,31 €	7 (10/15)	A17
6a9	Abgabe von Medikamenten durch Einreibungen je Hausbesuch	3,84 €	7 (26)	401
6a10	Abgabe von Medikamenten durch medizinisches Bad je Hausbesuch	6,71 €	7 (26)	402

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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.	8,96 €	7 (26)	400
6b	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen und Einmalmaterial (einschl. sichere Sharps) je Besuch	3,80 €	7 (11)	372
6c	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	4,56 €	7 (21)	397
6d1	Blasenspülung	5,75 €	7 (9)	448
6d2	Versorgung und Überprüfung von Drainagen	5,75 €	7 (13)	394
6d3	Instillation	5,75 €	7 (20)	396
6d4	Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich)	5,75 €	7 (6)	390
6dMAX	6d1-6d4 je Besuch höchstens	23,00 €		447
6e	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfallregelung	7 (8)	455
6f	Inhalation je Besuch	7,68 €	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 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

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.	22,07 €	7 (16)	450
7a	Wechsel des Infusionsbehälters	3,84 €	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.	15,53 €	16a (7)	599

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

Pos. nr.	Anleitung bei Leistung	EURO-Beträge	RL-Nr.	GPOS
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.	6,54 €	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).	36,41 €	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.	47,63 €	2/3/4/5	451

III. Mit den in Ziffern I und II 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 08.00 Uhr bis 20.00 Uhr: 5,32 € (GPOS 701) berechnet werden.
- (2) Soweit Hausbesuche für die Nacht (20.01 bis 07.59 Uhr) ärztlich angeordnet werden, können unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen 7,58 €. (GPOS 721) 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 nur 2,66 € (GPOS 713) gegenüber der Krankenkasse berechnet werden. Soweit Hausbesuche für die Nacht (20.01 bis 7.59 Uhr) ärztlich angeordnet werden, erhöht sich der Betrag auf 3,79 € (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.

Pos. Nr.	Leistung	EURO-Beträge	GPOS
V (1)	Hausbesuchsgebühr 08:00 – 20:00 Uhr ganz	5,32 €	701
V (3)	Hausbesuchsgebühr 08:00 – 20:00 Uhr halb (ein Versicherte mit SGB V- und SGB XI-Leistungen)	2,66 €	713
V (3)	Hausbesuchsgebühr 08:00 – 20,00 Uhr halb (zwei Versicherte mit SGB V-Leistungen) insgesamt maximal 5,32 €	2,66 €	702
V (4)	Hausbesuchsgebühr 08:00 – 20.00 Uhr viertel mehrere Versicherte: insgesamt max. 5,32 €	1,33 €	720
V (2)	Hausbesuchsgebühr 20:01 – 07:59 Uhr ganz	7,58 €	721
V (3)	Hausbesuchsgebühr 20:01 – 07:59 Uhr halb (ein Versicherte mit SGB V- und SGB XI-Leistungen)	3,79 €	722
V (3)	Hausbesuchsgebühr 20:01 – 07:59 Uhr halb (zwei Versicherte mit SGB V-Leistungen) insgesamt maximal 7,58 €	3,79 €	723
V (4)	Hausbesuchsgebühr 20:01 – 07:59 Uhr viertel mehrere Versicherte; insgesamt max 7,58 €	1,90 €	724
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP alleine (08:00 – 20:00 Uhr)	0,89 €	A90
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP mit SGB XI-Leistungen bei gleichem Hausbesuch (08:00 – 20:00 Uhr)	0,45 €	A91

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)**

V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP alleine (20:01 – 07:59 Uhr)	1,26 €	Wurde beantragt
V (6)	Versorgung in ambulant betreuten WGs mit nicht integriertem Pflegedienst: je Versicherten bei HKP mit SGB XI-Leistungen bei gleichem Hausbesuch (20:01 – 07:59 Uhr)	0,63 €	Wurde beantragt

- (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 08.00 – 20.00 Uhr ein Betrag von 0,89 €, in der Zeit von 20.01 -07.59 Uhr ein Betrag von 1,26 € abrechenbar. Bei Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Leistungen der Pflegeversicherung beim selben Hausbesuch kann je Versichertem für die Zeit von 08.00 – 20.00 Uhr ein Betrag von 0,45 €, für die Zeit von 20.01 bis 07.59 Uhr ein Betrag von 0,63 € angesetzt werden.
- (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.

VI. Umsetzung des Datenträger austauschs nach § 302 SGB V

Dieser Gebührenregelung wird für die Umsetzung des Datenträger austausches gemäß § 302 SGB V das **AC/TK 31 02 471** zugeordnet.

VII. Gültigkeit

- (1) Diese Gebührenregelung gilt für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die in der Zeit ab 01.01.2018 erbracht werden.
- (2) Diese Gebührenregelung ist mit eingeschriebenem Brief an die Freie Wohlfahrtspflege Bayern (FWB) einerseits bzw. andererseits an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende kündbar, frühestens jedoch zum **31.12.2018**. Danach gilt diese Gebührenregelung bis zur Vereinbarung einer neuen Gebührenregelung oder einer Festsetzung im Rahmen eines Schiedsverfahrens gemäß § 132a Abs. 2 S. 6-8 SGB V weiter.
- (3) Jeder Pflegedienst, der ab 01.01.2018 Leistungen nach dieser Gebührenvereinbarung abrechnen möchte, muss eine vollständig ausgefüllte verbindliche Beitrittserklärung gemäß Anlage 1 abgeben. Liegt die Beitrittserklärung nicht spätestens am **08.12.2017** bei der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, c/o AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Pestalozzistr. 8, 95326 Kulmbach, vor, ist eine Abrechnung nach dieser Gebührenvereinbarung frühestens zum Beginn des nächsten Quartals nach Eingang bei der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse möglich. Für Existenzgründer, die bei einem der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringerverbände Mitglied sind, ist bei vorliegender Beitrittserklärung ein Beitritt zum Beginn des Versorgungsvertrags, frühestens jedoch mit Beginn des Monats des Beitritts zu einem der an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringerverbände, möglich. Für Pflegedienste, die bisher keinem der an dieser Gebührenregelung teilnehmenden Verbände angehören und einem dieser Verbände beitreten, ist bei vorliegender Beitrittserklärung ein Beitritt zum Beginn des nächsten Monats möglich.

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 13.11.2017 mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.01.2018 (AC/TK 31 02 471)

München, den 13.11.2017

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern e.V.

BKK Landesverband Bayern

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle

IKK classic

Deutscher Caritasverband
Landesverband Bayern e.V.

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

Diakonisches Werk Bayern e.V.
Landesverband der Inneren Mission

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Verwaltungsstelle München

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger
Behinderung, Landesverband Bayern e.V.

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

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bayern e.V.

Landesverband der israelitischen
Kultusgemeinden
in Bayern

Bayerischer Landkreistag

Bayerischer Städtetag

**An die
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 **13.11.2017** mit Gültigkeit für ab 01.01.2018 erbrachte Leistungen. Ich bin Mitglied bei dem Leistungserbringerverband:

(2) Ich erkläre weiterhin, dass die in den Vertragsverhandlungen erreichten Vergütungssteigerungen auch bei den Löhnen und Gehältern der im Pflegedienst angestellten Pflegekräfte angemessen berücksichtigt werden.

(3) 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.

(4) Der Beitritt zu der o.g. Vereinbarung mit Wirkung für ab 01.01.2018 erbrachte Leistungen ist möglich, soweit diese Beitrittserklärung spätestens am **08.12.2017** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse vorliegt. Geht diese Beitrittserklärung erst nach dem **08.12.2017** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse – ein, ist der Beitritt zum 1. Tag des auf den Eingang der Beitrittserklärung folgenden Quartalsbeginnes möglich.

_____, den _____
(Ort) (Datum, Unterschrift und Stempel des Pflegedienstes)

(Institutionskennzeichen)

AC/TK: 31 02 471