

Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V

Abrechnungscode / Tarifenkennzeichen:

- „Anwender tariflicher Regelungen“ nach § 72 Abs. 3b Nr. 1-3 SGB XI:
32 01 H01
- „Anwender des regional üblichen Entgelt-niveaus“ nach § 72 Abs. 3b Nr. 4 SGB XI:
32 01 H02

Zwischen dem

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (*bpa*), Stuttgart

einerseits

und den nachstehend als Krankenkassen (Leistungsträger) bezeichnete/n

- AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
- Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkassegemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den/die Leiter/in der Landesvertretung Baden-Württemberg
- IKK classic, Dresden,
zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK- Die Innovationskasse, IKK Südwest
- BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
- vertreten durch die IKK classic -
- Knappschaft, Regionaldirektion München
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel

Diese Vergütungsvereinbarung gilt als Anlage zum Rahmenvertrag zwischen den Leistungserbringern und der AOK Baden-Württemberg, dem Verband der Ersatzkassen, der IKK classic, dem BKK Landesverband Süd, der Knappschaft und der SVLFG:

Rahmenvertrag nach §132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (HKP) in Baden-Württemberg.

Sofern durch die vorliegende Vereinbarung vom Rahmenvertrag abweichende Vereinbarungen getroffen werden, lösen diese die Vereinbarungen im Rahmenvertrag ab.

1. Preise für die Leistungen der Grund- und Behandlungspflege nach § 37 SGB V:

Grundlage für die Verordnungsfähigkeit der Leistungen der Behandlungspflege bilden die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V“ in der jeweils

gültigen Fassung.

Erfolgen Änderungen der Richtlinien (neue Leistungen, Veränderungen der Leistungen etc.) nehmen die Vertragspartner im Hinblick auf die Zuordnung der Leistungen zu den Leistungsgruppen Verhandlungen auf.

Die Leistungen der Behandlungspflege werden in fünf Leistungsgruppen eingeteilt. Die Zuordnung ergibt sich aus der Anlage 1.

Maßnahmen, die nicht im Leistungsverzeichnis (Anlage 1) aufgeführt sind, sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungspflichtig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden.
In diesen Fällen wird mit der jeweiligen Krankenkasse der Preis im Einzelfall festgelegt.

Werden in einem Hausbesuch Leistungen aus unterschiedlichen Leistungsgruppen erbracht, kommt nur der Preis der höheren Leistungsgruppe zur Abrechnung.

Die Preise der Leistungsgruppe I - III und V sind in der Tabelle unter Ziffer 8 aufgeführt und gelten je Hausbesuch.

Für die Leistungen in **Leistungsgruppe IV** gilt: Die Preise für die Leistungen der Leistungsgruppe IV (Flüssigkeitsbilanzierung, Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes, Aufwändige Wundbehandlung) werden für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.

Für die Leistung: Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose (MRSA Eradikationstherapie, Nr. 26a der Leistungsbeschreibung gemäß der Richtlinie § 92 SGB V), gelten die in der Anlage 1 beschriebenen Abrechnungsregelungen.

Die Preise für die Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs.1 und Abs. 1a sowie nach § 37 Abs. 2 SGB V (sofern Satzungsleistung der jeweiligen Krankenkasse) und nach § 24g SGB V sind in der Tabelle unter Ziffer 8 aufgeführt.

2. Anleitung

Die Regelungen zur Erbringung der Leistung „Anleitung bei der Grund- bzw. Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ sind zwischen den Vertragspartnern in der Anlage 2 verbindlich vereinbart.

3. Aufnahmebesuch

Im Aufnahmebesuch werden in Bezug auf die Behandlungspflege bei der Anamnese die Ressourcen, die Anleitungsmöglichkeiten und die häusliche Versorgungssituation in den Blick genommen. Insbesondere werden die organisatorischen und koordinierenden Fragen im Hinblick auf die Leistungserbringung geklärt. Dazu gehört auch, im Haushalt lebende Angehörige nach Möglichkeit einzubinden.

Der Aufnahmebesuch kann grundsätzlich nur einmalig abgerechnet werden. Eine Abrechnung ist nur möglich, wenn der Versicherte im Bereich der HKP noch nicht durch den Pflegedienst versorgt wurde und kein Sachleistungsbezug nach § 36 SGB XI stattfindet. In den Fällen, in welchen bereits ein Sachleistungsbezug nach § 36 SGB XI besteht und somit ein Aufnahmebesuch über das SGB XI bereits durchgeführt wurde, ist kein weiterer Aufnahmebesuch über die HKP erforderlich. Der Aufnahmebesuch kann nur in dem Leistungsbereich abgerechnet werden, in dem zuerst Leistungen erbracht werden. Kommt nur eine neue Leistung der HKP hinzu oder wird die Leistung nach Unterbrechung gemäß ärztlichem Behandlungsplan innerhalb von sechs Monaten wieder aufgenommen, kann kein Aufnahmebesuch abgerechnet werden. Wenn der Versicherte nach der Unterbrechung der HKP wieder eine HKP-Leistung benötigt und/oder in eine andere Häuslichkeit gezogen ist, kann ein Aufnahmebesuch abgerechnet werden.

Privatrechtliche Verträge zwischen dem Pflegedienst und dem Versicherten zum Verordnungs- und Medikamentenmanagement sind rechtlich zulässig.

4. Symptomkontrolle

Die Leistung wird mit einer Tagespauschale vergütet. Es muss jedoch **mindestens ein Einsatz im Sinne** der verordneten Komplexleistung inklusive der notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen am Tag erbracht werden, um die Tagespauschale abrechnen zu können. Hiervon abweichend kann die Tagespauschale auch bei einer telefonischen Krisenintervention von mindestens 30 Minuten Dauer abgerechnet werden.

Näheres regelt die Anlage 5 zu dieser Vergütungsvereinbarung.

5. Zusendung von Unterlagen

Die Übersendung von Unterlagen an den Medizinischen Dienst auf dessen Veranlassung oder auf Veranlassung der Krankenkasse gemäß §§ 275 und 276 SGB V wird mit einer Pauschale vergütet. Die Anforderung hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Kein Anspruch auf die Pauschale besteht bei der Zusendung von Unterlagen im Rahmen der Preisfindung für die Leistungsgruppe IV.

6. Leistungen bei ärztlicher Delegation

Werden die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme, die arterielle sowie die intrathekale Infusion auf Basis einer ärztlichen Delegation ausgeführt, sind sie keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Die ärztlich delegierbaren Leistungen sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung und sind mit dem Vordruck Muster 16 zu verordnen. Die Abrechnung ärztlich delegierter Leistungen erfolgt analog dieser Vergütungsvereinbarung. Werden ärztlich delegierte Leistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege in einem Hausbesuch erbracht, so kommt der Preis der höheren Leistungsgruppe zur Abrechnung.

Sofern eine Versorgung über Muster 16 erfolgt, erhält der Dienst eine Kostenzusage, um analog dieser Vergütungsvereinbarung abzurechnen.

7. Zuschläge

Muss die häusliche Krankenpflege laut ärztlicher Verordnung **in der Zeit von 20:00 Uhr bis 06:00 Uhr** erbracht werden, wird für diesen Hausbesuch ein Zuschlag (Nachzuschlag) gezahlt.

Wird häusliche Krankenpflege **an Sonn- und Feiertagen, am 24.12. oder 31.12.** erbracht, wird für diesen Hausbesuch ein Zuschlag (Sonn-/Feiertagszuschlag) gezahlt.

Wird häusliche Krankenpflege **an Samstagen in der Zeit ab 13:00 Uhr** erbracht, wird für diesen Hausbesuch ein Zuschlag (Samstagszuschlag) gezahlt. Fällt ein Samstag auf einen Feiertag, kann nur der Feiertagszuschlag abgerechnet werden. Sind die Voraussetzungen für die Abrechnung des Nachzuschlags erfüllt, kann nur der Nachzuschlag abgerechnet werden.

Wird häusliche Krankenpflege **bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren, die an schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, AIDS, Mukoviszidose, Speiseröhrenmissbildung, Lungenreifestörung) leiden** erbracht, wird ein Zuschlag für diesen Hausbesuch (Kinderzuschlag) gezahlt.

Soweit aufgrund eines Krankheitsbildes eines Versicherten (**z. B. Besiedelung mit multiresistenten Erregern oder anderen Infektionskrankheiten**) **spezielle**, über Einmalhandschuhe (unsteril) und Einmalschürzen hinausgehende **Schutzkleidung** notwendig ist, wird ein Zuschlag (Zuschlag besondere Versorgungssituation) je Hausbesuch bezahlt. Die Besiedelung mit entsprechenden Erregern muss auf der ärztlichen Verordnung vermerkt sein. Auf der Verordnung oder in der Dokumentation ist nach Rücksprache mit dem Arzt die Diagnose und das Datum der ärztlichen Feststellung sowie Anfang und Ende der Notwendigkeit der entsprechenden Schutzmaßnahmen zu vermerken. Bei anderweitiger Refinanzierung des besonderen Infektionsschutzes kann der Zuschlag nicht abgerechnet werden.

8. Preisübersicht

Leistung	Positionsnummern: letzte 3 Ziffern	Preis 01.01. - 31.12.2026 in EUR	Preis 01.01. - 31.12.2026 in EUR
		Tarifanwender	Durchschnittsanwender
Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V			
Leistungsgruppe I	-170	15,37 €	16,22 €
Leistungsgruppe II	-171	22,86 €	24,09 €
Leistungsgruppe III	-172	29,16 €	30,73 €
Leistungsgruppe IV	-173		
Leistungsgruppe V	-174	38,76 €	40,50 €
MRSA-Eradikationstherapie Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels - je Maßnahme	-919	15,37 €	16,22 €
MRSA-Eradikationstherapie Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung - je Maßnahme	-923	15,37 €	16,22 €
MRSA-Eradikationstherapie Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen - je Maßnahme	-928	49,48 €	52,31 €
MRSA-Eradikationstherapie Begleitende Maßnahmen der Desinfektion und des Wäschewechsels - je Maßnahme	-918	31,04 €	32,79 €
Symptomkontrolle (Tagespauschale inkl. aller weiteren HKP-Maßnahmen)	-A89	135,94 €	142,97 €
Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs.1 und Abs. 1a sowie nach § 37 Abs. 2 SGB V (sofern Satzungsleistung der jeweiligen Krankenkasse) und nach § 24g SGB V			
Grundpflege (erster Hausbesuch am Tag)	-121	48,16 €	50,86 €
Grundpflege (alle weiteren Hausbesuche am Tag) - je Hausbesuch	-120	33,43 €	35,31 €
Hauswirtschaftliche Versorgung - je Hausbesuch	-101	31,04 €	32,79 €
Weitere Leistungen und Zuschläge			
Anleitung in der Behandlungspflege (je Maßnahme; zusätzlich zum Preis der Behandlungspflege)	-389	13,37 €	14,19 €
Anleitung in der Grundpflege (je Maßnahme; zusätzlich zum Preis der Grundpflege)	-376	15,11 €	16,06 €
Aufnahmebesuch	-317	46,46 €	47,66 €

Leistung	Positionsnummern: letzte 3 Ziffern	Preis 01.01. - 31.12.2026 in EUR	Preis 01.01. - 31.12.2026 in EUR
		Tarifanwender	Durchschnittsanwender
Übersendung von Unterlagen ohne Stellungnahme – je Anforderung	-885	9,84 €	10,38 €
Übersendung von Unterlagen mit Stellungnahme – je Anforderung	-886	16,41 €	17,32 €
Nachzuschlag	-600	3,37 €	3,60 €
Sonn-/Feiertagszuschlag	-601	1,96 €	2,08 €
Samstagszuschlag	-606	1,40 €	1,47 €
Kinderzuschlag	-602	2,93 €	3,11 €
Zuschlag besondere Versorgungssituation	-745	3,18 €	3,36 €

1. Abrechnungsbestimmungen:

a) Mit dem Preis abgegolten sind folgende Materialien zur Behandlungspflege:

- Einmalspritzen,
- Einmalkanülen (mit Ausnahme von individuell zu verordnenden PEN-Kanülen),
- Einmalpinzetten
- Alkoholtupfer,
- Tupfutensilien (unsteril),
- Mundspatel,
- Heftpflaster,
- Fixierpflaster,
- Zellstoff,
- Händedesinfektionsmittel,
- Desinfektionsmittel*,
- Einmalhandschuhe (unsteril),
- Einmalschürzen,
- Mund-Nasen-Schutz

** Nicht mit dem Preis abgegolten sind*

- *Desinfektionsmittel, die apothekenpflichtig und für die Selbstkatheterisierung bestimmt sind,*
- *Jodhaltige Desinfektionsmittel, die nur für Ulcera verwendet werden und zur Behandlung von Dekubitalgeschwüren.*
- *Sicherheitskanülen.*

Die nicht in der Liste aufgeführten Materialien sind entweder

- verordnungsfähig auf den Namen des Versicherten oder
- als Eigenleistung vom Versicherten zu tragen.

Über eine Verordnung entscheidet der behandelnde Vertragsarzt des Versicherten.

b) Die Fahrkosten sind ebenfalls mit dem Preis abgegolten.

c) Bei Abrechnung in Papierform umfassen die Abrechnungsunterlagen die Rechnung und eine Kopie des Leistungsnachweises. Weitere Unterlagen sind nicht beizufügen; lediglich bei Abrechnung von ärztlich delegierten Leistungen ist zusätzlich das Rezept (Muster 16) hinzuzufügen.

Bei Abrechnungen per DTA gelten, bis zur Zusammenführung der Rahmenverträge, die DTA-Ergänzungsvereinbarungen der jeweiligen Krankenkasse.

- d) Abgerechnet werden können nur erbrachte Leistungen. Abweichend dazu können geplante Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die aus Gründen, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, in einem stattgefundenen Hausbesuch nicht erbracht werden können, ebenfalls mit der jeweiligen Krankenkasse wie eine erbrachte Leistung abgerechnet werden. Dies gilt ausschließlich für Leistungen, die aus pflegfachlichen oder krankheitsbedingten Gründen (z. B. akutes Schmerzsyndrom oder mangelnde Compliance aufgrund psychischer oder dementieller Erkrankungen) nicht durchgeführt werden können. Die pflegfachlichen oder krankheitsbedingten Gründe sind vom Pflegedienst nachvollziehbar zu dokumentieren. Diese Regelung erstreckt sich nicht auf Konstellationen, in denen es der Versicherte versäumt, einen geplanten Hausbesuch rechtzeitig abzusagen.

Privatrechtliche Verträge zwischen dem Pflegedienst und dem Versicherten hierzu sind rechtlich zulässig.

2. Laufzeit:

Die Vergütungsvereinbarung umfasst den Leistungszeitraum 01.01.2026 bis 31.12.2026. Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vergütungsvereinbarung (möglich ab 01.01.2027) gelten die Preise weiter.

Anlagen zur Vergütungsvereinbarung:

- Anlage 1 – Leistungen der jeweiligen Leistungsgruppen
- Anlage 2 – Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege
- Anlage 3 – Gemeinsame Handlungsempfehlung zur qualitätsgesicherten Durchführung behandlungspflegerischer Leistungen in der Leistungsgruppe I durch Pflegekräfte ohne formale Qualifikation
- Anlage 4 a), b) – Antrag auf aufwändige Wundbehandlung
- Anlage 5 – Erprobungsvereinbarung Symptomkontrolle nach Nr. 24a der HKP-Richtlinie
- Anlage 6 – Qualifikationsübersicht über die anerkannten Kräfte im Bereich der HKP nach § 37 SGB V

Dresden, Kassel, München, Stuttgart, den 16.12.2025

Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste (bpa)

AOK Baden-Württemberg
Johannes Bauernfeind

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der/die Leiter/in der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

IKK classic
Auch in Vertretung der im Rubrum genannten
anderen Innungskrankenkassen

BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Baden-Württemberg
- vertreten durch die IKK classic -

KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion München

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 1 zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Leistungen der jeweiligen Leistungsgruppen

Leistungsgruppe I

Alle Leistungen der Leistungsgruppe I können auch durch Pflegekräfte mit einer anderen medizinischen bzw. pflegerischen Qualifikation* als die der Pflegefachkraft und - gemäß der gemeinsamen Handlungsempfehlung (Anlage 3 der Vergütungsvereinbarung) - durch Pflegekräfte ohne formale Qualifikation unter Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft erbracht werden.

** Pflegekraft mit einjähriger Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in, Altenpflegehelfer/in, jeweils mit staatlicher Anerkennung), einem/einer Haus- und Familienpfleger/in, einem/einer Dorfhelfer /in, einem/einer medizinischen Fachangestellten (Arzhelfer/in), einem/einer Heilerziehungspfleger/in, einem/einer Hebamme/ Entbindungspfleger und einem/einer Rettungsassistenten/in / Notfallsanitäter/in*

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
1.1	10	-201	Blutdruckmessung	
1.2	11	-240	Blutzuckermessung	
1.3	18	-324	Injektionen: s. c. Injektionen	
1.4	19	-311	Richten von Injektionen	
1.5	21	-203	Auflegen von Kälteträgern	Gilt auch für das Auflegen von Wärmeträgern.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
1.6	26	-233	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	<p>Auf Muster 12 muss „Medikamentengabe“ - „verabreichen“ verordnet und genehmigt sein.</p> <p>Bäder zur Behandlung von Hautkrankheiten werden nach Leistungsgruppe II Nr.10 (medizinisches Teilbad) bzw. Leistungsgruppe III Nr. 11 (medizinisches Vollbad) abgerechnet.</p>
1.7	31b	-263	An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV	<p>Abrechnungsfähig pro Hausbesuch.</p> <p>Kompressionsverbände: s. Leistungsgruppe II Nr. 1</p>
1.8	31b	-387	Abnehmen eines Kompressionsverbandes	
1.9	31c	-B82	Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden	
1.10	31d	-C14	Ablegen von Bandagen und Orthesen	
1.11	12	- B79	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	
1.12	11a	- C35	Interstitielle Glukosemessung	

Leistungsgruppe II

Alle Leistungen der Leistungsgruppe II können auch durch Pflegekräfte mit einjähriger Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in, Altenpflegehelfer/in, jeweils mit staatlicher Anerkennung), Medizinische Fachangestellte, Heilerziehungspfleger/innen und Hebammen/Entbindungspfleger erbracht werden.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
2.1	31b	-525	Verbände: Anlegen eines Kompressionsverbandes	Kompressionsstrümpfe: s. Leistungsgruppe I Nr. 1.7
2.2	9	-241	Blasenspülung	
2.3	20	-259	Instillation	
2.4				derzeit nicht belegt
2.5	17	-255	Inhalation	Pflegekraft muss während der Maßnahme im Haushalt bleiben
2.6	18	-325	Injektionen: i. m. Injektion	
2.7	22	-313	Versorgung eines suprapubischen Katheters	Gilt entsprechend bei Versorgung Nephrostomie/Nierenfistel.
2.8	27	-309	Versorgung bei PEG	
2.9	28	-276	Stomabehandlung	Der alleinige Wechsel der Basisplatte ist kein Verbandwechsel der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, sondern eine grundpflegerische Verrichtung.
2.10	26	-518	Richten von Medikamenten	Die Abrechnung ist nur 1x wöchentlich möglich. Auf Muster 12 muss „Medikamentengabe“ – „richten“ verordnet und genehmigt sein.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
				<p>Der Preis bezieht sich auf das wöchentliche Richten der Medikamente.</p> <p>Wird beim wöchentlichen Richten innerhalb einer Woche aufgrund veränderter ärztlicher verordneter Medikation ein erneutes Richten der Wochendosette erforderlich, so kann der Preis der LG 2 auch mehrmals pro Woche abgerechnet werden, wenn der Pflegedienst den bisherigen (soweit dieser nicht schon der Krankenkasse vorliegt) und den neuen ärztlich erstellten Medikamentenplan bei der zuständigen Krankenkasse einreicht. Eine neue ärztliche Verordnung ist für den einmaligen zusätzlichen Einsatz nicht erforderlich.</p>
2.11	26	-927	Medikamentengabe: Medizinisches Teilbad zur Behandlung bei Hautkrankheiten	Medizinisches Vollbad: s. Leistungsgruppe III Nr. 11
2.12	16	-431	i. v. Infusionen: Abhängen von Infusionen	<p>Ohne Medikamentenzusatz Verlaufsbogen erforderlich.</p> <p>Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme die arterielle sowie die intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege; für ihre Ausführung auf Basis einer ärztlichen Delegation bestehen gesonderte Regelungen.</p>
2.13	16a	-598	s. c. Infusion: Entfernen einer s. c. Infusion	
2.14	31c	-323	Anlegen von stützenden und	

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
			stabilisierenden Verbänden	
2.15	31d	-C13	Anlegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen	

Leistungsgruppe III

Medizinische Fachangestellte (früher: Arzthelfer/innen) dürfen alle Leistungen der LG III erbringen, mit der Ausnahme von:

- 3.7 Legen und Wechseln von Magensonden
- 3.8 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle

Die Leistungen werden unter Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft erbracht. Die verantwortliche Pflegefachkraft vergewissert sich über Wissen, Können und Eignung und muss dies regelmäßig überprüfen/dokumentieren.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
3.1	13	-524	Versorgen und Überprüfen von Drainagen	
3.2	6	-230	Absaugen	
3.3			derzeit nicht belegt	derzeit nicht belegt
3.4	14	-526	Einlauf, Klysma, Klistier, digitale Enddarmausräumung bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.	
3.5	16	-430	i. v. Infusionen Anhängen/Wechseln von Infusionen	Ohne Medikamentenzusatz Verlaufsbogen erforderlich. Die i. v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme die arterielle sowie die intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege; für ihre Ausführung auf Basis einer ärztlichen Delegation bestehen gesonderte Regelungen.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
3.6	23	-527 Dauerkath. -511 Schulungskath. -289 ITEK	Katheterisierung der Harnblase	Die Anleitung zur Behandlungspflege ist zusätzlich zur Schulungskatheterisierung nicht genehmigungs- und nicht vergütungsfähig.
3.7	25	-265	Legen und Wechseln von Magensonden	
3.8	29	-435	Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	
3.9	30	-319	Pflege des zentralen Venenkatheters	Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung
3.10	31 und 31a	-322	Wundversorgung von akuten und chronischen und schwer heilenden Wunden: Basisversorgung	<p>bis zu zwei Wunden</p> <p>Bitte beachten: Unabhängig von der Anzahl der Wunden erfolgt bei Vorliegen bestimmter Diagnosen die Zuordnung der Wundversorgung zur LG V.</p> <p>Zur Wundversorgung gehört das Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.</p>

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
				<p>Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Eine endgültige Entscheidung über die Genehmigung der Leistung kann die jeweilige Krankenkasse nur dann treffen, wenn aus der Verordnung aussagekräftige und klare Angaben zum Wundbefund und zur Lokalisation hervorgehen; dafür ist der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin verantwortlich.</p> <p>Fehlen die Angaben zur Lokalisation und Wundbefund in der Verordnung, kann die Krankenkasse – unbeschadet des allgemeinen Prüfrechts –</p> <p>a) eine Prüfung des Einzelfalls vornehmen und die fehlenden Angaben vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin anfordern oder b) die Leistung ablehnen, wenn sie die medizinische Notwendigkeit der Wundversorgung nicht feststellen kann.</p>
3.11	26	-236	Medikamentengabe: Medizinisches Vollbad zur Behandlung bei Hautkrankheiten	Medizinisches Teilbad: s. Leistungsgruppe II Nr. 11
3.12	16 a	-200	s. c. Infusion: Legen und Anhängen/ Wechseln einer s. c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution	Mit dem Preis ist das Legen und Anhängen sowie das Wechseln der s. c. Infusion (Wechsel der Infusionsflasche oder Wechsel der Infusion durch erneute Punktion, d.h. erneutes Legen und Anhängen) abgegolten.

Leistungsgruppe IV

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
4.1	15	-249	Flüssigkeitsbilanzierung	Der Preis wird für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.
4.2	8	-238	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	<p>Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen punktuellen Unterstützungsbedarf im Umgang mit dem Beatmungsgerät haben und bei denen die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nicht gegeben sind. Bei Versicherten mit einem Anspruch nach § 37c SGB V erfolgt die Leistungserbringung auf der Grundlage der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V.</p> <p>Der Preis wird für den jeweiligen Einzelfall zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsträger vor Ort vereinbart.</p>
			Derzeit nicht belegt	
4.4	31 und 31a	-489	Aufwändige Wundbehandlung	<p>Besteht seitens des Pflegedienstes die Einschätzung, dass eine Wundbehandlung (Ziffer 3.10 oder 5.1) den durchschnittlichen Aufwand (Zeit) deutlich überschreitet, kann folgendes Verfahren beschritten werden:</p> <p>Der Vertragsarzt leitet über Muster 12 das reguläre Ordnungsverfahren ein.</p>

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
				<p>Der Pflegedienst reicht in Ergänzung zur eingereichten Verordnung den Antrag auf Feststellung eines Mehraufwandes bei der Wundversorgung mit dem jeweils abgestimmten Formular (Anlage 4) bei der zuständigen Krankenkasse ein.</p> <p>Die Preisvorstellung berücksichtigt auch weitere Leistungen der HKP, die ggf. im gleichen Hausbesuch erbracht werden.</p> <p>Die jeweilige Krankenkasse prüft den Antrag ggf. in Abstimmung mit dem MD.</p> <p>Wird dabei ein zeitlicher Mehraufwand festgestellt, schließen die Kasse und der Pflegedienst hierzu eine Einzelvergütungsvereinbarung.</p> <p>Bis zur Entscheidung über den Mehraufwand und falls keine Einigung zustande kommt, kommt der für die jeweilige Art der Wundversorgung vorgesehene Preis der Leistungsgruppe zur Abrechnung.</p> <p>Sofern aus der ärztlichen Verordnung hervorgeht, dass eine zweite Pflegeperson erforderlich ist, kann für diese zusätzlich der Preis der LG III sowie Zuschläge abgerechnet werden.</p>

* Es gelten alle Bemerkungen aus dem „Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege / Anlage der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V und Abs. 7 SGB V“

Leistungsgruppe V

Medizinische Fachangestellte (früher: Arzthelfer/innen) können die Leistungen der LG V erbringen. *

* Die Öffnung der Leistungsgruppe V für Medizinische Fachangestellte ist nicht auf die Anforderungen an die Eignung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (§ 6 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege) übertragbar.

Nr.	Nr. der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien § 92 SGB V	Positionsnummern für DTA (jeweils die letzten 3 Ziffern)	Leistungen*	Bemerkungen*
5.1	31 und 31a	-906	Wundversorgung von akuten und chronischen und schwer heilenden Wunden: komplexe Versorgung	<p>ab 3 Wunden</p> <p>unabhängig von der Anzahl der Wunden sind der LG V Versorgungen von Wunden mit folgenden Diagnosen zugeordnet: Dekubitus Grad III-IV, Ulcus cruris (offenes Bein), diabetischer Fuß (DFS), periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), exulzierende Tumore, autoimmunologische Wunden.</p> <p>Zur Wundversorgung gehört das Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung, Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen. Wundschnellverbände (Heftpflaster, Sprühverband) sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Eine endgültige Entscheidung über die Genehmigung der Leistung kann die Krankenkasse nur dann treffen, wenn aus der Verordnung aussagekräftige und klare Angaben zum Wundbefund und zur Lokalisation hervorgehen; dafür ist der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin verantwortlich.</p>

				<p>Fehlen die Angaben zur Lokalisation und Wundbefund in der Verordnung, kann die Krankenkasse – unbeschadet des allgemeinen Prüfrechts –</p> <p>a) eine Prüfung des Einzelfalls vornehmen und die fehlenden Angaben vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin anfordern oder</p> <p>b) die Leistung ablehnen, wenn sie die medizinische Notwendigkeit der Wundversorgung nicht feststellen kann.</p>
--	--	--	--	---

Weiterhin gilt für alle Leistungen der Leistungsgruppe I bis III und V dieser Vereinbarung:

Aus der **Genehmigung** der jeweiligen Krankenkasse haben die jeweils genehmigten einzelnen Maßnahmen und deren genehmigte Frequenzen hervorzugehen.

Darin sind keine Informationen über Leistungsgruppen bzw. Vergütungen anzugeben.

Der Preis für die genehmigte Leistung ergibt sich aus dieser Anlage in Verbindung mit der Vergütungsvereinbarung. Sofern dennoch im Bescheid bzw. der Mitteilung eine Leistungsgruppe angegeben ist, gilt dies als interner Hinweis für die Abrechnungsstelle.

Werden einzelne Maßnahmen nicht genehmigt, kann vom Pflegedienst nicht verlangt werden, dass er diese Maßnahmen im Rahmen der genehmigten Leistungen mit durchführt.

Leistung: Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose, Nr. 26a der Leistungsbeschreibung gemäß den Richtlinien § 92 SGB V

- Die erforderlichen Maßnahmen werden von der bestehenden HKP- Leistungsgruppensystematik abgekoppelt und je erbrachter Einzelleistung vergütet. Dies gilt auch, wenn mehrere dieser Maßnahmen in einem Hausbesuch erbracht werden.
- Begleitende Maßnahmen der Desinfektion und des Wäschewechsels können nur einmal pro Tag abgerechnet werden.
- **Werden in einem Hausbesuch neben den Maßnahmen der MRSA-Eradikationstherapie weitere Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht, so werden diese zusätzlich nach der Leistungsgruppensystematik vergütet.**
- Zuschläge können nur einmal je Hausbesuch abgerechnet werden, unabhängig davon, ob neben der MRSA-Sanierung auch weitere Leistungen der häuslichen Krankenpflege im selben Hausbesuch erbracht werden.

- **Die Maßnahme Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels und die Mund- und Rachenspülung dürfen neben dreijährig examinierten Kräften auch von** Pflegekräften mit einjähriger Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in, Altenpflegehelfer/in), medizinischen Fachangestellten, Haus- und Familienpfleger/innen, Dorfhelfer/innen, Hebammen bzw. Entbindungspflegern, Heilerziehungspfleger/innen und Rettungsassistenten/innen/Notfallsanitäter/in erbracht werden.
- **Die Maßnahme Dekontamination von Haut und Haaren kann ausschließlich von dreijährig examinierten Pflegefachkräften erbracht werden.**
- **Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte sind grundsätzlich von der Versorgung nach § 31 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen. Nicht verordnungsfähige OTC-Arzneimittel und Medizinprodukte sind vom Pflegedienst nicht vorzuhalten und werden ggf. dem Versicherten in Rechnung gestellt.**

Anlage 2 zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Anleitung bei der Grund- und / oder Behandlungspflege

Die nachfolgenden Regelungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Anleitung bei der Grund- bzw. Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ werden zwischen den Vertragspartnern verbindlich vereinbart.

§ 1 Inhalt und Zielsetzung der Leistung „Anleitung bei der Grund- und / oder Behandlungspflege in der Häuslichkeit“

Zur Beschreibung der Inhalte und der Zielsetzung der Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ wird auf die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V verwiesen.

§ 2 Anleitungsfähige Maßnahmen

Prinzipiell sind alle verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach Verordnung des jeweiligen Arztes auch anleitungsfähig.

§ 3 Voraussetzungen

Bei der Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege in der Häuslichkeit“ stehen prinzipiell der Versicherte selbst und/oder im Haushalt lebende Personen im Vordergrund (vgl. § 37 Abs. 3 SGB V). Die Bereitschaft zur Übernahme dieser Verantwortung muss jedoch bei der anzuleitenden Person ebenso gegeben sein, wie das Vorhandensein entsprechender Lernpotentiale, ausreichende seelische, geistige und physische Fähigkeiten. Die Prüfung dieser Voraussetzungen ist Aufgabe des verordnenden Arztes.

§ 4 Dokumentation

Die Form der Dokumentation liegt in der Verantwortung des mit der Anleitung vom Versicherten beauftragten Pflegedienstes.

§ 5 Qualifikation

Die Anleitung von Behandlungspflege in der Häuslichkeit erfolgt durch dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte. Für die Anleitung von Leistungen der Leistungsgruppe I ist auch der Einsatz von 1-jährig ausgebildeten Pflegekräften möglich.

§ 6 Abrechnungsverfahren und Unterschriftenblatt zur Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege“

Das Abrechnungsverfahren sowie der Nachweis der Leistungen ergibt sich aus dem jeweils gültigen Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und häuslicher Pflege. Darüber hinaus ist der Pflegedienst verpflichtet, die durchgeführte Anleitung jeweils von der angeleiteten Person schriftlich auf einem Unterschriftenblatt zur Leistung „Anleitung bei der Grund- und/oder Behandlungspflege“ bestätigen zu lassen und dieses mit der Pflegedokumentation aufzubewahren. Das Unterschriftenblatt muss folgende Angaben enthalten:

- **Name und Vorname, Geburtsdatum des/der Versicherten**
- **Anzuleitende Maßnahme(n)**
- **Datum der jeweiligen Anleitung**
- **Namenskürzel der anleitenden Pflege(fach-)kraft**
- **Unterschrift der angeleiteten Person je Anleitung**

Anlage 3 zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Gemeinsame Handlungsempfehlung zur qualitätsgesicherten Durchführung bestimmter behandlungspflegerischer Leistungen in LG I durch geeignete Pflegekräfte ohne formale Qualifikation

Präambel

- (1) Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Behandlungspflege grundsätzlich durch Pflegefachkräfte geleistet werden soll.
- (2) In ausgewählten Versorgungssituationen soll zukünftig jedoch auch der Einsatz von geeigneten Pflegekräften ohne formale Qualifikation ermöglicht werden.
- (3) Um eine qualitätsgesicherte Versorgung auch unter diesen veränderten Rahmenbedingungen gewährleisten zu können, wird nachfolgende gemeinsame Handlungsempfehlung für den Einsatz geeigneter Pflegekräfte ohne formale Qualifikation in der Leistungsgruppe I abgegeben.
- (4) Diese Handlungsempfehlung gilt für geeignete Pflegekräfte ohne formale Qualifikation.

Verantwortlichkeit

Die verantwortliche Pflegefachkraft hat sicherzustellen, dass Pflegekräfte entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für

- die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung
- die Delegation von Behandlungspflegemaßnahmen an Pflegekräfte ohne formale Qualifikation
- die rechtmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität

bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Betriebsintern müssen geeignete Pflegekräfte hinsichtlich Eignung, Wissen und Können zur Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme angeleitet und überprüft werden.

Notwendiges Wissen

Dies umfasst insbesondere:

- die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme,
- Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typische Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen,
- die praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln

Notwendiges Können

Dies umfasst insbesondere:

- das Beherrschen der selbständigen Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Leistung.

Eignung

Pflegekräfte ohne formale Qualifikation dürfen entsprechend ihrer Eignung Maßnahmen der Behandlungspflege nach Leistungsgruppe I erbringen. Die Pflegekraft hat, nach Überprüfung

durch die verantwortliche Pflegefachkraft, schriftlich zu bestätigen, ob sie die jeweiligen behandlungspflegerischen Leistungen durchführen kann.

Fachaufsicht

Die häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Der Träger muss sicherstellen, dass jederzeit eine Pflegefachkraft erreichbar und bei Bedarf einsetzbar ist. Im Rahmen ihrer Fachaufsicht hat die verantwortliche Pflegefachkraft regelmäßig sicherzustellen, dass die Pflegekraft die jeweilige behandlungspflegerische Maßnahme fachgerecht durchführt. Dazu ist zum Beispiel das Instrument regelmäßiger Pflegevisiten geeignet.

Dokumentation

Über die Feststellung des notwendigen Wissens und Könnens sowie der entsprechenden Eignung einer Pflegekraft zur Durchführung behandlungspflegerischen Maßnahmen müssen folgende Inhalte an geeigneter Stelle (z.B. Personalakte, Stellenbeschreibung, Tätigkeitsbeschreibung usw.) dokumentiert werden:

- Name und Unterschrift bzw. Handzeichen der Pflegekraft
- Konkrete Benennung der Maßnahme
- Vermittlung und regelmäßige Überprüfung von Wissen und Können
- Feststellung der Eignung
- Unterschrift bzw. Handzeichen der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Datum der Feststellung
- Geplante Überprüfungsintervalle

Für die Umsetzung der Dokumentation durch die verantwortliche Pflegefachkraft kann z. B. die im Folgenden abgedruckte Mustersdokumentation verwendet werden.

Musterdokumentation

Nachweis für Mitarbeiter ohne formale Qualifikation	
Pflegedienst:	
Name Pflegekraft:	
Maßnahme:	
Vermitteltes bzw. überprüftes Wissen und Können:	
Eignung liegt vor (ja/nein)	
Datum	
Unterschrift Pflegekraft	
Unterschrift PDL	
Erneute Überprüfung ist geplant:	

Anlage 4 a) zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Formular Antrag Aufwändige Wundversorgung
(Anlage der Ersatzkassen, IKK/BKK, Knappschaft, SVLFG)

Wundbehandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Persönliche Daten des Versicherten: Name, Vorname _____

Straße Hausnr. _____, PLZ Ort _____

geboren am _____, KV-Nr. _____

Antrag des Pflegedienstes zur Feststellung einer aufwändigen Wundbehandlung

vom _____ bis _____

zur Verordnung häuslicher Krankenpflege für den Zeitraum vom _____ bis _____

Es werden folgende Unterlagen dazu eingereicht:

- Aussagekräftige Darstellung der aufwändigen Wundversorgung im Rahmen eines zeitgemäßen Wundmanagements (Anzahl Wunden und Ausdehnung sofern nicht aus Verordnung hervorgehend, Zeitaufwand, pflegerische Aspekte wie Reinigung, Desinfektion, Durchführung Wundverband) ohne Einreichung medizinischer Daten wie Fotos oder Wundprotokollen

- Preisvorstellungen zur Leistungsgruppe IV

Datum, Stempel Pflegedienst

Datenschutzhinweis nach dem I., V. und X. Sozialgesetzbuch

Hinweis für den Versicherten: Unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen wir zusätzliche Kosten für Ihre häusliche Krankenpflege (hier: Zuschlag für eine aufwändige Wundversorgung). Deshalb benötigen wir weitergehende Informationen – selbstverständlich behandeln wir diese vertraulich und datenschutzkonform!

Ihre Krankenkasse nimmt dabei eine aktive Rolle ein und unterstützt die Beteiligten, damit Ihre medizinische Versorgung reibungslos erfolgen kann. Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch festgelegt, dass die Übermittlung von Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten (oder seines gesetzlichen Vertreters) erfolgen darf. Diese Erklärung dient dazu, diesem gesetzlichen Erfordernis nachzukommen.

Einverständniserklärung zur Datenerhebung und -übermittlung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse die notwendigen Unterlagen über die Darstellung der aufwändigen Wundversorgung zur Verfügung gestellt bekommt. Insoweit entbinde ich meine behandelnden Ärzte bzw. Leistungserbringer (die gewählte Pflegeeinrichtung bzw. der gewählte Pflegedienst) von der Schweigepflicht.

Die Datenübermittlung dient dazu, die weitere Behandlung und Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Im Falle meines Widerrufs werden alle Behandlungsdaten – nach Ablauf der gegebenenfalls bestehenden gesetzlichen Aufbewahrungsfristen – gelöscht.

Ort

Datum

Unterschrift

Anlage 4 b) zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Formular Antrag Aufwändige Wundversorgung
(Anlage der AOK Baden-Württemberg)

Wundbehandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Persönliche Daten des Versicherten: Name, Vorname _____

Straße Hausnr. _____, PLZ Ort _____

geboren am _____, KV-Nr. _____

Antrag des Pflegedienstes zur Feststellung einer aufwändigen Wundbehandlung

vom _____ bis _____

zur Verordnung häuslicher Krankenpflege für den Zeitraum vom _____ bis _____

Es werden folgende Unterlagen dazu eingereicht:

- Aussagekräftige Darstellung der aufwändigen Wundversorgung im Rahmen eines zeitgemäßen Wundmanagements (Anzahl Wunden und Ausdehnung sofern nicht aus Verordnung hervorgehend, Zeitaufwand, pflegerische Aspekte wie Reinigung, Desinfektion, Durchführung Wundverband) ohne Einreichung medizinischer Daten wie Fotos oder Wundprotokollen
- Preisvorstellungen zur Leistungsgruppe IV

Datum, Stempel Pflegedienst

Datenschutzhinweis nach dem I., V. und X. Sozialgesetzbuch

Hinweis für den Versicherten: Die Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 4 SGB V zum Zwecke der Leistungsgewährung Häuslicher Krankenpflege (hier: Zuschlag für eine aufwändige Wundversorgung) erhoben und verarbeitet. Damit wir unsere Aufgabe, die Gewährung des Zuschlages für die aufwändige Wundversorgung nach § 37 SGB V rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Angaben notwendig. Ihre Mitwirkung ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen der Leistungsgewährung aufwändige Wundversorgung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V führen.

Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnissen an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden.

Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechten finden Sie unter www.aok.de/bw/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Information auch in Papierform zur Verfügung. Ihre im Rahmen der vorstehenden Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unsere/-n Datenschutzbeauftragte/-n zu wenden. Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragte/r der AOK Baden-Württemberg, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart, www.aok.de/bw/kontakt-datenschutzbeauftragte

Verantwortung für Ihre Datenverarbeitung:

AOK Baden-Württemberg, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart - Körperschaft des öffentlichen Rechts - Telefon 071176161923, www.aok.de/pk/kontakt/kontaktformular

Einverständniserklärung zur Datenerhebung und -übermittlung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse die notwendigen Unterlagen über die Darstellung der aufwändigen Wundversorgung zur Verfügung gestellt bekommt. Insoweit entbinde ich meine behandelnden Ärzte bzw. Leistungserbringer (die gewählte Pflegeeinrichtung bzw. der gewählte Pflegedienst) von der Schweigepflicht.

Die Datenübermittlung dient dazu, die weitere Behandlung und Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Im Falle meines Widerrufs werden alle Behandlungsdaten – nach Ablauf der gegebenenfalls bestehenden gesetzlichen Aufbewahrungsfristen – gelöscht.

Ort

Datum

Unterschrift (bei unter 15-Jährigen
Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Anlage 5 zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Erprobungsvereinbarung der spezifischen Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten im Rahmen der Symptomkontrolle nach Nr. 24a der HKP-Richtlinie in Verbindung des Rahmenvertrages nach § 132a SGB V (a. F.)

I. Vorbemerkung

Durch die Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie (Klarstellung in der HKP-RL und Einführung der Leistungsziffer Nr. 24a im Leistungsverzeichnis) mit Blick auf die besonderen Belange von Palliativpatientinnen und -patienten, wurde ergänzend zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die auf ein komplexes Symptomgeschehen abzielt, auch die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der sogenannten Regelversorgung gestärkt.

Die Nr. 24a stellt eine Komplexleistung dar, die flexibel – ggf. situativ auch mehrfach täglich – die erforderliche Symptomkontrolle ermöglicht und in der alle erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen entsprechend dem Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie beinhaltet sind. Dies mit dem Ziel einer sich dynamisch verändernden Krankheitsentwicklung, auch mit unvorhersehbarem und stark schwankendem Hilfebedarf, entsprechend Rechnung zu tragen.

Diese Komplexleistung beinhaltet:

a. **Symptomkontrolle** 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. Die Symptomkontrolle kann auch im Rahmen des Hausbesuches der verordneten Behandlungspflege stattfinden.

b. Eine **Krisenintervention** beinhaltet eine Abfolge von medizinischen und pflegerischen Handlungen bei plötzlich auftretenden Symptomverschlechterungen oder plötzlich auftretenden Krankheitsreaktionen (z. B. Krampfanfälle, Blutungen, akute Angstzustände). Der Pflegedienst muss abklären, ob bei der Krisenintervention eine telefonische Intervention ausreicht oder ein Hausbesuch erforderlich ist.

c. Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung, wie z. B. die Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes unterstützt werden.

Mit dieser Vereinbarung werden die Voraussetzungen für die qualitätsgesicherte Erbringung von Leistungen der Symptomkontrolle nach Nr. 24a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“ sowie die Vergütung für diese Leistung geregelt.

II. Gegenstand der Vereinbarung

a) In dieser Vereinbarung einigen sich die Vertragspartner für die Dauer von 12 Monaten auf eine Tagessatzvergütung. Sämtliche anfallende Leistungen der multidimensionalen Versorgung (Symptomkontrolle, alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen, Krisenintervention, Koordinationsaufwand und An-/Abfahrt) innerhalb eines Tages (0:00 Uhr des Tages bis 0:00 Uhr des Folgetages) sind, unabhängig der Häufigkeit und Dauer der erfolgten Einsätze, im Haushalt, der Patienten/Patientinnen damit abgegolten. Es muss jedoch mindestens ein Einsatz im Sinne der verordneten Komplexleistung inklusive der notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen am Tag erbracht werden, um die Tagespauschale abrechnen zu können. Hiervon

abweichend kann die Tagespauschale auch bei einer telefonischen Krisenintervention von mindestens 30 Minuten Dauer abgerechnet werden.

Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes letzten Tagen, Wochen oder Monate nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.

Die Symptomkontrolle ist nicht verordnungsfähig, wenn der Versicherte bereits Leistungen der SAPV in Form der vollständigen Versorgung oder der additiv unterstützenden Teilversorgung durch ein SAPV-Team erhält.

Um den Besonderheiten der Palliativsituation von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, wird klargestellt, dass bei Kindern und Jugendlichen die Leistung Nr. 24a der HKP-RL auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig ist, sofern die Voraussetzungen erfüllt werden. Dadurch werden regelmäßig längere Krankheitsverläufe bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt.

b) Die Leistung ist anhand des Behandlungsplanes der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes durchzuführen. Aufgrund des zu erwartenden dynamischen Krankheitsprozesses und des fluktuierenden Hilfebedarfes ist auch im weiteren Verlauf der Leistungserbringung eine enge Abstimmung zwischen den Pflegediensten mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erforderlich und von besonderer Bedeutung. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ist in § 7 HKP-RL geregelt.

Der behandelnde Arzt / behandelnde Ärztin hat **Koordinationsverantwortung** inhaltliche Koordinierung der palliativmedizinischen und – pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen, sowie die Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen.

Pflegedienste haben eine fachgerechte Pflegedokumentation zu führen. Bei der Leistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“, die als Komplexleistung verordnet wird und flexibel je nach Bedarf die Erbringung der individuell erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege ermöglicht, kommt der Pflegedokumentation eine besondere Bedeutung auch für die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und dem behandelnden Arzt zu. Der Pflegedienst vermerkt seine Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen in der Pflegedokumentation.

III. Qualifikation der in der palliativen Versorgung eingesetzten Kräfte

Die Leistungserbringung der innerhalb der „Häusliche Krankenpflege“ definierten Leistungsinhalte für Symptomkontrolle nach Nr. 24a, erfolgt ausschließlich durch 3-jährig ausgebildete examinierte Pflegefachkräfte mit entsprechender Berufserfahrung.

Zusätzlich besteht für diese Pflegefachkräfte eine jährliche Fortbildungsverpflichtung im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung der Häuslichen Krankenpflege vom 10.10.2007 mit Schwerpunkt Versorgung Symptomkontrolle / Palliative Care.

IV. Evaluation

Die Vertragspartner haben keine gesicherte Vorstellung, in welchen Ausprägungen (Häufigkeit; geplante/ungeplante Einsätze; Einsätze im Rahmen der Rufbereitschaft etc.) die Leistung Symptomkontrolle (Nr. 24a der Richtlinien Häusliche Krankenpflege) zu erbringen ist.

Die Vertragspartner verständigen sich über eine Evaluation, sobald eine für eine solche Evaluation erforderliche Fallzahl erreicht ist.

Anlage 6 zur Vergütungsvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V ab 01.01.2026

Qualifikationsübersicht über die anerkannten Kräfte im Bereich der HKP nach § 37 SGB V
 Generell erfolgt der personelle Einsatz unter Verantwortung der Pflegedienstleitung. Sie muss sich von der Eignung der eingesetzten Pflegekraft im Hinblick auf die zu erbringende Leistung überzeugen.

Qualifikation	Häusliche Krankenpflege SGB V				Geeignete Pflegekräfte zur Mindestausstattung (§ 5 Abs. 3 des Rahmenvertrages § 132a SGB V)
	LG I	LG II	LG III IV, V	Grundpflege u. hauswirtschaftliche Versorgung	
Pflegefachfrau/-mann nach dem Pflegeberufegesetz, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Pflegefachperson, Altenpfleger/-innen	X	X	X	X	X
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen, Altenpflegehelfer/-innen	X	X		X	X
Medizinische Fachangestellte (Arzthelfer/-in)	X	X	X ¹	X	X
Rettungsassistent/-in bzw. Notfallsanitäter/-in	X			X	X
Hebamme / Entbindungspfleger	X	X		X	X
Heilerziehungspfleger/-in	X	X		X	X
Dorfhelfer/-in	X			X	X
Haus- und Familienpfleger/-in	X			X	X
Fachhauswirtschaftler/-in (für ältere Menschen)					
Familienpfleger/-in im Anerkennungsjahr					
Heilerziehungsassistent/-in bzw. Heilerziehungspflegehelfer/-in					
staatl. geprüfte Sozialbetreuerin (BY, TH) / staatl. geprüfte Sozialassistentin					
Mitarbeiter/-innen mit einer mindestens 1-jährigen Vollzeitausbildung im pflegerischen Bereich mit Abschluss (Abschlusszeugnis oder Zertifikat genügt ebenfalls) ²					
Hauswirtschaftler/-in					
Familienpflegehelfer/-in					
Diätassistent/-in					
Mitarbeiter/-innen mit mind. 1-jähriger hauswirtschaftlichen Vollzeitausbildung mit Abschluss (Abschlusszeugnis od. Zertifikat)					
Arbeitserzieher/-innen					
Heilpädagogen / Heilpädagoginnen					
Erzieher/-in					
Ergotherapeut/-in					
Mitarbeiter/-innen mit einer mind. 1-jährigen Vollzeitausbildung im sozialpfleg., sozialpäd. oder diakonisch/religionspäd. Bereich mit Abschluss (Abschlusszeugnis oder Zertifikat genügt ebenfalls)					
Mitarbeiter/-innen mit einer akademischen Ausbildung im Bereich (Sozial-)Pädagogik, Psychologie, Theologie u. ä.					
Staatlich anerkannte/r Alltagsbetreuer/-in					
Familienbetreuer/-in (Ausbildung)					
Alltagsbegleiter/-in / Betreuungskräfte (Qualifizierung auf Grundlage § 53b SGB XI)					

¹ in LG 3: alle Leistungen mit Ausnahme von 3.7 und 3.8

² aufgrund der zahlreichen Ausbildungsgänge wird auf eine Aufzählung verzichtet; in strittigen Fällen entscheidet der jeweilige Spitzenverband

Auszubildende der (generalistischen) Pflegeausbildung sowie Pflegehilfeausbildungen					
Schwesternhelferinnen					
geeignete Pflegekräfte ohne formale Qualifikation (SGB V)					