

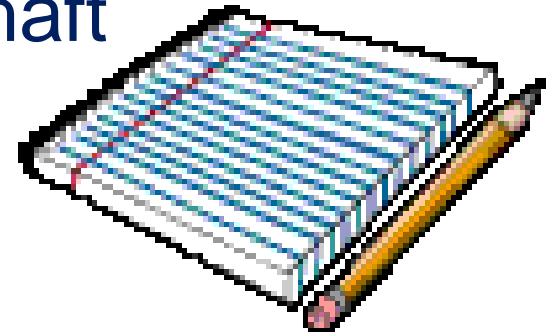
Formular Verordnung Häusliche Krankenpflege

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland

&

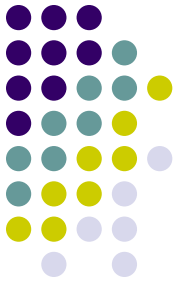
Saarländische Pflegegesellschaft

Regine Paulus,
Referentin Altenhilfe u. Pflege DPWV



Allgemeines

- Ab dem 01. Oktober gilt verbindlich das **neue** Verordnungformular “Muster 12“ für die Häusliche Krankenpflege
- **Das bisherige Formular verliert seine Gültigkeit**



Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Häufigkeit: tgl., wtl., mtl., vom, bis

Dauer: nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Hierarchien der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) bei intensiver Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe aufziehen Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

Wundversorgung, Präparate

Dekubitusbehandlung Lokalsalbe aktuelle Größe aktueller Grad

andere Wundverbände

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Häufigkeit: tgl., wtl., mtl., vom, bis

Dauer

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

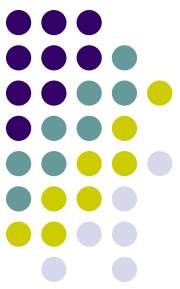
Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsärztensiegel / Unterschrift des Arztes

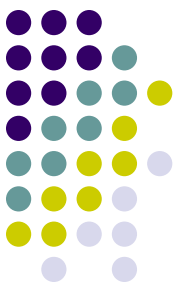
Muster 12a (10.2017)

Allgemeines



- Ziel der Neuerung war, das Formular anwenderfreundlicher zu gestalten
 - Leistungen wie Medikamentengabe, Blutzuckermessung, etc. werden nun gezielt in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit abgefragt
 - Nur noch Angaben die für die Durchführung der Leistung erforderlich sind werden abgefragt
 - Größtenteils gestrichen sind die Felder, die ausschließlich die Kasse benötigt um den Anspruch des Versicherten zu klären

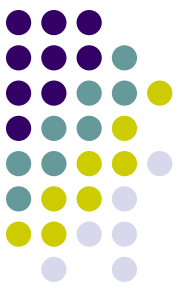
Allgemeines



- Das Muster besteht aus drei Teilen
 - Muster 12 a: Ausfertigung für die Krankenkasse
 - Mit der vom Versicherten und vom Pflegedienst auszufüllenden Rückseite
 - Muster 12 b: Ausfertigung für den Pflegedienst
 - Muster 12 c: Ausfertigung für den Vertragsarzt

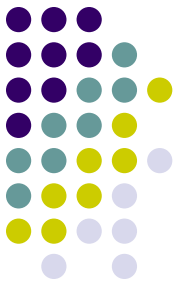
Der bisherige Durchschlag: „Ausfertigung für den Pflegedienst- der Abrechnung beizufügen“ entfällt

Allgemeines



- **Grundlage der Verordnung ist die Richtlinie „Häusliche Krankenpflege“ des Gemeinsamen Bundesausschuss**
- **Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege (§4 HKP Richtlinie) werden ebenfalls hier verordnet**
- **Neu ist die Möglichkeit der Verordnung der sog. Unterstützungspflege im Bereich Grundpflege und Hauswirtschaft**

Ausfüllhilfe



Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

1 Verordnungrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

2

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

3 4 5 6

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall vom TTMMJJ bis TTMMJJ

1 Die **verordnungsrelevante** Diagnose ist hier einzutragen.

- Beispiel:
 - Maßnahme Insulingabe =
 - verordnungsrelevante Diagnose: insulinpflichtiger Diab. Mellitus
- Ausschließlich ICD-10-GM Schlüssel

2 Hier sind die Einschränkungen zu vermerken, warum die Maßnahme nicht eigenständig durchgeführt werden kann

- Beispiel Insulingabe
 - Kognitive Einschränkungen
 - Eingeschränkte Sehfähigkeit

3/4 Erstverordnung und Folgeverordnung

- regelhaft nur für 14 Tage
 - Kann aber auch als Jahres-VO ausgestellt werden
 - Geht dann aus den Einschränkungen hervor
 - z.B. demenziell bedingte Medikamentengabe
- Folgeverordnung ist 3 Tage **vor** Ablauf der Vor-Verordnung auszustellen

Ausfüllhilfe



Behandlungspflege

7 Medikamentengabe, Präparate Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Herrichten der Medikamentenbox
 Medikamentengabe
 Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

9 **Blutzuckermessung** Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) bei intensivierter Insulintherapie

7 Ein Verweis auf den aktuellen Medikamentenplan genügt hier. Dieser muss beigefügt sein

8 Die Bedingungen unter denen diese Maßnahme verordnungsfähig sind, sind geregelt im Leistungsverzeichnis (Nr.26) der HKP-Richtlinie

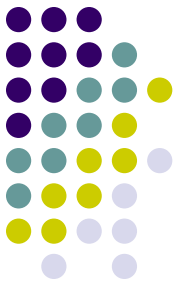
9 Zu **unterscheiden** sind zwingend ob es sich um eine

- **Erst- bzw. Neueinstellung**

oder

- um eine **intensivierte Insulintherapie** handelt (Leistungsverzeichnis Nr. 11)

Ausfüllhilfe



Kompressionsbehandlung		<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseits									
10	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	Wundversorgung, Präparate												
13	<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> andere Wundverbände				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

10 Erst ab Klasse II verordnungsfähig. Die Klasse ist im Punkt „Einschränkungen“ einzutragen

11 Zu den stützenden und stabilisierenden Verbänden gehören z.B. Gilchrist-Verbände

12 Anzugeben sind die Präparate pro Wunde

13 Zu **unterscheiden** sind zwingend ob es sich um eine

- **Decubitusbehandlung**

oder

- um eine **sonstige Wunde**

Handelt. Ggf. muss eine zusätzliche Wundbeschreibung beigefügt werden

Ausfüllhilfe



Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

14

15

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

--	--	--	--	--	--

Anzahl

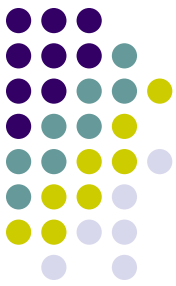
14 Alle Anordnungen die im oberen Bereich keinen Platz finden, z.B.:

- Katheterisierung der Harnblase (Verweil- oder Einmalkatheter)
- Mehrfach Injektionen
- Etc.

15 Die Anleitung des Patienten oder der Bezugspersonen durch den Pflegedienst.

Die betreffenden Leistungen müssen benannt sein

Ausfüllhilfe



Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

16

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V					
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V					
<input type="checkbox"/>	Grundpflege					
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung					

Häufigkeit			Dauer		
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 12a (10.2017)

16 Unterstützungspflege/Krankenhausvermeidungspflege

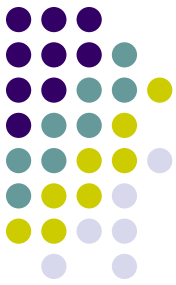
Unterstützungspflege =

- Es darf **kein Pflegegrad 2-5** vorliegen
- Bei schwerer Krankheit od. wegen akuter Verschlimmerung einer Erkrankung
- **Bis zu 4 Wochen.**
 - In begründeten Ausnahmefällen Verlängerung möglich. Hier wird dann MDK eingeschaltet durch die Krankenkasse
- Kein gleichzeitiger Bedarf an Behandlungspflege notwendig

Krankenhausvermeidungspflege =

- Krankenhausbehandlung wäre notwendig, ist aber nicht ausführbar, weil
 - Patient verweigert die Zustimmung aus nachvollziehbaren Gründen
 - Die häuslichen Maßnahmen die KH Behandlung vermeiden
- **Bis zu 4 Wochen.**
 - In begründeten Ausnahmefällen Verlängerung möglich. Hier wird dann MDK eingeschaltet durch die Krankenkasse

Ausfüllhilfe



Rückseite

- Ausgefüllt von Patient
 - Angabe wo die Leistungen erbracht werden sollen
 - Ob eine im Haushalt (gleicher Haushalt) lebende Person die Leistungen od. einen Teil der Leistungen erbringen kann
- Ausgefüllt vom Pflegedienst
 - Angabe welche Leistung in welchem Umfang erbracht wird
 - Kontaktdaten des PD

Name, Vorname des Versicherten: _____ Kostenträgerkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom bis

in meinem Haushalt im Haushalt einer sonstigen Person in einer Werkstatt für behinderte Menschen
 in einer Schule, Kindergarten in einer Wohngemeinschaft
 in einer betreuten Wohnform in einer sonstigen Einrichtung

Name: _____
Straße, Haus-Nr: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum:

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters: _____

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom bis

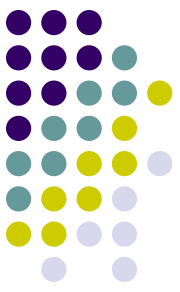
Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a Abs. 2 SGB V)

Name des Pflegedienstes: _____
Straße, Haus-Nr: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Institutionskennzeichen Pflegedienst: _____
Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name): _____
Telefonnummer des Pflegedienstes: _____ Fax-Nr. des Pflegedienstes: _____
E-Mail-Adresse des Pflegedienstes: _____

Datum:

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes: _____



Zusammenfassung

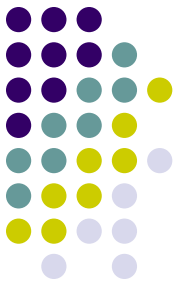
Zusammenfassend kann man feststellen, dass das Formular sich tatsächlich vereinfacht hat.

An den Fristen der Einreichung hat sich nichts geändert.

Um den Übergang zu erleichtern und in den Praxen nicht in Abrechnung und EDV-Up-Dates „Chaos“ zu erzeugen, empfiehlt es sich

- In den nächsten **beiden** Tagen die Folge-VO auszustellen (altes Formular)
 - Wo es möglich ist eine Jahres-VO zu erstellen

Ihnen allen einen guten Rest-Tag und gutes Gelingen bei den neuen Formularen.



Ein schwerer Anfang



ergibt ein gutes Ende

