

Änderung der Leistungsnummer 26 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL

Überarbeitung des Verordnungsvordruckes 12 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege



B.A.H.
Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e.V.

Sehr geehrtes Mitglied,

in der Praxis gab es bisher oft Missverständnisse hinsichtlich der Verordnung des Richtens und Gebens von Medikamenten.

Das Richten erfolgt in der Regel wöchentlich, wobei der Pflegedienst die Medikamente in eine Wochenbox sortiert, sodass der Patient diese selbst einnehmen kann. Das Richten stellt insofern eine Ausnahmeregelung dar und eignet sich nur für wenige Personengruppen.

In der Regel ist die Verordnung der Medikamentengabe erforderlich, weil die Patienten physisch oder psychisch nicht in der Lage sind, die Medikamente selbst einzunehmen. Im Rahmen des Verabreichens/Gebens entnimmt der Pflegedienstleister die Medikamente aus der Verpackung und übergibt sie dem Patienten.

Aufgrund der missverständlichen Formulierungen innerhalb der Leistungsbeschreibung verordneten die Ärzte oftmals sowohl die Medikamentengabe als auch das –richten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat im Rahmen seiner Überprüfungspflicht nunmehr auch festgestellt, dass die Gliederung zur Medikamentengabe innerhalb des Leistungsverzeichnisses bisher missverständlich dargestellt wurde.

Insofern wurde die HKP-RL dahingehend geändert, dass der Name der Leistungsnummer „Medikamentengabe“ in „Medikamente“ umgewandelt wurde, um zu verdeutlichen, dass es sich beim „Richten“ und beim „Verabreichen“ von Medikamenten um zwei verschiedene Leistungsinhalte handelt.

Ferner wird unter dem Punkt „Bemerkungen“ klargestellt, dass das Verabreichen von Medikamenten auch die notwendige Vorbereitung (u.a. Dosierung der Darreichungsform) beinhaltet. Auch wird unter diesem Punkt neuerdings aufgeführt, dass Pflegedienste vorliegende Informationen über die Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme oder sonstige Anwendungshinweise (vor dem Essen etc.) berücksichtigen müssen. Entsprechende Informationen sind den ärztlichen Verordnungen und ggf. einem ärztlich ausgestellten Medikationsplan zu entnehmen.

WICHTIG für Brandenburger Mitglieder!

In Brandenburg besteht bis zum Auslaufen der aktuell gültigen Vergütungsvereinbarung die Besonderheit, dass Richten und Geben von Medikamenten gleichzeitig verordnet und bewilligt werden können. Zukünftig wird eine richtlinienkonforme Verordnungs- und Bewilligungspraxis durchgeführt werden. Diesbezüglich halten wir die Mitglieder auf dem Laufenden.

Auf dieser Änderung aufbauend gilt ab dem 01. Oktober 2017 ein neuer Verordnungsvordruck 12.

Der Vordruck wurde neu strukturiert: Im oberen Bereich sind Informationen zur Art und Dauer der Verordnung sowie zu den ordnungsrelevanten Diagnosen und Einschränkungen durch den Arzt anzugeben. Im mittleren Bereich des Vordruckes können Leistungen der Behandlungspflege, im unteren Drittel Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden.

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege hat zu unterbleiben, wenn dem Arzt/ der Ärztin bekannt ist, dass eine im Haushalt der/des Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen durchführen kann (§ 3 Abs. 3 HKP-RL). In der Praxis hat sich das diesbezügliche Ankreuzfeld nicht bewährt, sodass hierauf auf dem überarbeiteten Vordruck verzichtet wurde.

Verordnungsrelevante Diagnosen, die die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege medizinisch begründen, können nur noch im Format ICD-10-Code angegeben werden.

Nunmehr sind in einem Freitextfeld durch den Arzt/Ärztin auch die Einschränkungen anzugeben, die die jeweilige Leistung der häuslichen Krankenpflege erforderlich machen. Hierbei ist das Leistungsverzeichnis der HKP-RL zu beachten.

Bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten werden (§ 5 Abs. 1, 2 HKP-RL). Das Freitextfeld im alten Verordnungsvordruck zur Begründung bei einer Verordnungsdauer von über 14 Tagen hat sich nicht bewährt und wurde daher gestrichen. Der Grund für eine längere Verordnungsdauer ergibt sich nunmehr aus den verordnungsrelevanten Diagnosen und den Einschränkungen. Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

Die Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Kompressionsbehandlung und Wundversorgung sind auf dem Vordruck abgebildet. Alle anderen Maßnahmen der Behandlungspflege können im Freitextfeld „sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege“ verordnet werden. Auch hier sind die Vorschriften der HKP-RL zu beachten (Nr. 8-11, 26, 31).

Sowohl bei der Medikamentengabe als auch bei der Wundversorgung sollen aus dem Vordruck die eingesetzten Präparate hervorgehen.

Sofern die Versicherten und/oder Angehörige zur Behandlungspflege durch den Pflegedienst angeleitet werden sollen, ist dies unter Nennung der einzelnen Leistungen der Behandlungspflege anzugeben (beachte Nr. 7 HKP-RL).

Die Angabe, ob die Leistungen zur Behandlungspflege auf Grundlage der Krankenhausvermeidungspflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) oder der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, entfällt; in der Regel wird die Verordnung von Behandlungspflege nämlich auf die Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V gestützt.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nur im Rahmen der Unterstützungspflege (§ 37 Abs. 1a SGB V) oder der Krankenhausvermeidungspflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) verordnet werden. Sollen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, muss die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsehen und der Versicherte darf keine Leistungen der Pflegeversicherungen beziehen.

Der Verordnungsvordruck 12 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz: Ausfertigung für die Krankenkasse (12a), Ausfertigung für den Pflegedienst (12b), Ausfertigung für die Vertragsärztin/ den Vertragsarzt.

Die Rückseite des Verordnungsvordruckes (12a), die den Antrag des Versicherten sowie Angaben zum beauftragten Pflegedienst enthält, wurde ebenfalls neu strukturiert und um weitere Angaben (z.B. Stammdaten des Versicherten, Orte der Leistungserbringung) erweitert. Die Rückseite des Verordnungsvordruckes ist nur noch auf dem Durchschlag 12a abgebildet, da Unterlagen, die der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben, bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden müssen (vgl. § 3 Abs. 4 der Bundesrahmenempfehlung nach § 132 a Abs. 1 SGB V).

Das Technische Handbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur „IT in der Arztpraxis“ wurde hinsichtlich der Blankoformularbedruckung zum Muster 12 angepasst. Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege werden im Rahmen eines Barcodes vom Typ 3 abgebildet, sodass die maschinelle Bearbeitung von Verordnungen im Rahmen der Blankoformularbedruckung durch die Krankenkassen erleichtert wird.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihr B.A.H.-Team