

DAMIT ES EINFACH EINFACH WIRD:

# Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

STAND NOVEMBER 2017

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

---

## Inhalt

- 4 **Grundlagen Entlassmanagement und Verordnung veranlasster Leistungen**
- 5 **Verordnungen auf Muster 16**
- 6 \_ Ausfüllen des Kassenrezeptes (Muster 16)
- 7 \_ Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements
- 8 \_ Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
- 10 \_ Vorsicht bei Off-Label-Verordnung zu Lasten der GKV!
- 10 \_ Betäubungsmittel
- 12 **Verordnung von Hilfsmitteln auf Muster 16**
- 13 \_ Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements
- 14 **Verordnung von Heilmitteln**
- 14 \_ Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements
- 15 \_ Hinweise zum Ausfüllen von Muster 13 (Physikalische Therapie)
- 17 **Verordnung von Sozialtherapie**
- 17 **Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen**
- 17 \_ Feststellen der AU im Rahmen des Entlassmanagements
- 18 \_ Hinweise zum Ausfüllen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- 20 **Verordnung von Häuslicher Krankenpflege**
- 20 \_ Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements
- 21 \_ Hinweise zum Ausfüllen von Muster 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege)

### Anmerkung:

Die Begriffe „Arzt“ und „Therapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Berufsbezeichnung.



# Grundlagen Entlassmanagement und Verordnung veranlasster Leistungen

Auf Vorgabe des Gesetzgebers (§ 39 Abs. 1a SGBV) haben Patienten ab Oktober 2017 im Anschluss an eine voll- und teilstationäre sowie stationsäquivalente Behandlung im Krankenhaus einen **Anspruch auf ein Entlassmanagement** gegenüber dem Krankenhaus und einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements gegenüber der Krankenkasse.

Krankenhäuser haben u.a. die Patienten schriftlich zu den Inhalten des Entlassmanagements zu informieren, einen Entlassplan zu erstellen und die nachfolgenden Behandler zu informieren, den Patienten am Entlasstag mindestens einen vorläufigen Entlassbrief und bei Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, einen Medikationsplan mitzugeben. Anhand eines Entlassplans soll das Krankenhaus alle im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlichen Maßnahmen festlegen und organisieren.

Krankenhausärzte können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Teststreifen, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen und die Arbeitsunfähigkeit (AU) feststellen. Die Leistungen **dürfen** nur für die Versorgung von bis zu maximal sieben Tagen verordnet werden (Ausnahme Arzneimittel und Hilfsmittel). Es gelten dabei auch für die Krankenhausärzte die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung. Im Entlassbrief werden die Informationen zu den veranlassten Leistungen aufgenommen.

Der Krankenhausarzt hat ebenso wie der niedergelassene Arzt bei jeder Ordnungsentscheidung das sogenannte **Wirtschaftlichkeitsgebot** zu beachten: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements können ausschließlich durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgestellt werden.

Die **Verordnungsvordrucke** werden von der Krankenhaus-Verwaltung zur Verfügung gestellt oder können über das sogenannte Blankoformularbedruckungs-Verfahren durch den Arzt im Krankenhaus selbst erstellt werden. Hierfür wird eine zertifizierte Software und für den Ausdruck ein Laserdrucker benötigt. **Einzig das Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) muss als vorgefertigtes Formular (Druckerei) vorliegen.**

**Änderungen und Ergänzungen** der Verordnung von veranlassten Leistungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

➔ Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Genauere Informationen zur Erstellung des Medikationsplans finden sich unter: <http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php>.



# Verordnungen auf Muster 16

Auf einem **Kassenrezept (Muster 16)** können im Entlassmanagement verordnet werden:

- Arzneimittel,
- Verbandmittel,
- Harn- und Blutteststreifen,
- arzneimittelähnliche Medizinprodukte,
- enterale Ernährung,
- Hilfsmittel.

Zur Verordnung wird ausschließlich das Muster 16 mit additiver Kennzeichnung „Entlassmanagement“ im Personalfeld verwendet. Die Verordnung muss immer durch einen Facharzt am Entlasstag ausgestellt werden. Sie kann - mit Ausnahme der Hilfsmittelverordnung - nur innerhalb von drei Werktagen eingelöst werden. Die Verordnung von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege erfolgt über andere Muster; siehe Seite 14 und 20.

## Ausfüllen des Kassenrezeptes (Muster 16)

Das Verordnungsblatt muss vollständig ausgefüllt und bei maschineller Beschriftung mit starker, schwarzer Farbe bedruckt sein.

Das Diagramm zeigt ein Kassenrezept (Muster 16) mit folgenden nummerierten Markierungen:

- 1**: Zeigt auf das Feld 'Krankenkasse bzw. Kostenträger'.
- 2**: Zeigt auf das Feld 'Name, Vorname des Versicherten'.
- 3**: Zeigt auf das Feld 'Status'.
- 4**: Zeigt auf das Feld 'Betriebsstätten-Nr.'.
- 5**: Zeigt auf das Feld 'Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)'.
- 6**: Zeigt auf das Feld 'Vertragsarztstempel'.
- 7**: Zeigt auf das Feld 'Unterschrift des Arztes'.

Das Rezept selbst enthält folgende Informationen:

- Freigabe 30.03.2017** (oben rechts)
- Entlassmanagement** (diagonales Wasserzeichen)
- Krankenkasse bzw. Kostenträger**: Name, Geb.-ort, geb. am
- Name, Vorname des Versicherten**
- Kostenträgerkennung**, **Versicherten-Nr.**, **Status** (mit dem Kennzeichen XXXXXX04)
- Betriebsstätten-Nr.**, **Arzt-Nr.**, **Datum**
- Arzt-Nr.**: 6 7 8 9
- Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.**, **Faktor**, **Taxe**
- 1. Verordnung**, **2. Verordnung**, **3. Verordnung**
- Vertragsarztstempel**
- Unterschrift des Arztes** (Muster 16 (10.2014))
- Abgabedatum in der Apotheke**
- Bei Arbeitsunfall auszufüllen!** (mit den Feldern Unfalltag und Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer)

**1+2** Versichertendaten einlesen, keine Klebeetiketten verwenden. Die Eintragungen sind auch handschriftlich möglich. Durch das letzte Kennzeichen "4" im Statusfeld wird die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements gekennzeichnet.

**3** Bis zur Einführung einer Krankenhausarzt Nummer wird eine 9-stellige Fachgruppennummer des verordnenden Arztes verwendet: Stellen eins bis sieben 4444444, Stellen 8 und 9 Fachgruppencode gemäß [http://www.dkgev.de/media/file/24323.Anlage\\_2\\_ASV\\_AV\\_Lesefassung.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/24323.Anlage_2_ASV_AV_Lesefassung.pdf).

**4** Versorgungsspezifische Betriebsstätten-Nummer (BSNR, 75xxxxxxx) des Krankenhauses

**5** Bezeichnung und Menge des Arzneimittels, Verbandmittels, Medizinproduktes, Hilfsmittels oder der Teststreifen. Auf einem Verordnungsblatt dürfen **bis zu drei Arzneimittel** verordnet werden. Bei Verordnungen von in der Apotheke hergestellten Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Musters 16 benutzt werden. Pro Rezeptur ist ein Kassenrezept zu verwenden. Wenn der Raum für diese Rezeptur auf

der Vorderseite nicht ausreicht, darf ausnahmsweise auch die Rückseite mitbenutzt werden. Für die gleichzeitige Verordnung von Arzneimitteln/Verbandmitteln/Ernährungslösungen/Medizinprodukten/Teststreifen einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind getrennte Kassenrezepte zu verwenden, damit die Hilfsmittelkosten richtig gebucht werden.

**6** Stempelfeld:

- Name, Adresse, Telefonnummer und BSNR des Krankenhauses
- Name, Vorname und Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes (handschriftlich leserlich oder mit Namensstempel)

**7** Die Unterschrift des Arztes ist unmittelbar unter die letzte Verordnung zu setzen, um ein Hinzufügen weiterer Verordnungen zu verhindern. Die Unterschrift darf nicht mit roter Farbe erfolgen.

## Weitere Erläuterungen

- „Gebühr frei“ ist anzukreuzen
  - bei Versicherten unter 18 Jahren,
  - wenn Arzneimittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
  - bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe unten),
  - bei Versicherten, bei denen eine Befreiung mit einem Befreiungsausweis von der Zuzahlungspflicht (zum Beispiel Härtefallregelung) nachgewiesen wird.
- „Gebührenpflichtig“ ist anzukreuzen bei Versicherten ab 18 Jahre, sofern sie nicht gebührenbefreit sind.
- „Noctu“: Wird die Arznei innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) in der Apotheke abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 EUR) zu zahlen, sofern der Arzt nicht das Feld „noctu“ angekreuzt hat.
- „Sonstige“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung zu Lasten eines sonstigen Kostenträgers erfolgt.
  - ➔ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: Was, wie, wie viel?
  - Postbeamte A, Sozialamt, Bundespolizei, Auslandsabkommen und Asylbewerber (Aufenthalt ab 16 Monate) sind gebührenpflichtig.
  - Landespolizei, Bundeswehr und Flüchtlinge/Asylbewerber (Aufenthalt bis 15 Monate) sind gebührenfrei.
- „Unfall“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung infolge eines Unfalls (nicht Arbeitsunfall) notwendig wird und die Krankenkasse gegebenenfalls Kosten gegenüber Dritten geltend machen kann.
- „Arbeitsunfall“ ist anzukreuzen bei Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall, Wegeunfall oder einer Berufskrankheit. Als Kostenträger muss dann unbedingt die Berufsgenossenschaft angegeben werden. Außerdem sind „Unfalltag“ und „Unfallbetrieb“ zu vermerken. Die Verordnungen sind gebührenfrei (siehe oben).
- Ist „aut idem“ angekreuzt: Die Apotheke muss das vom Arzt verordnete Arzneimittel abgeben und darf es nicht gegen ein chemisch identisches, meist kostengünstigeres Arzneimittel austauschen. „aut idem“ sollte nur bei medizinisch begründeten Fällen angekreuzt werden.

- „aut idem“ nicht ankreuzen: Eine Substitution des verordneten Arzneimittels gegen ein anderes, wirkstoffgleiches Arzneimittel kann durch den Apotheker erfolgen, nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages zur Arzneimittelversorgung in der jeweils gültigen Fassung.
- „BVG“: Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) und für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist das Feld 6 (BVG) durch Eintragen der Ziffer „6“ zu kennzeichnen.
- „Hilfsmittel“: Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer „7“ zu kennzeichnen.

## Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Das Krankenhaus informiert den weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig über die medikamentöse Therapie, die Dosierung und die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel und weiteren Verordnungen. Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden und dem Krankenhaus bekannten Medikation sollen dargestellt und erläutert werden. Gegebenenfalls sind auch Hinweise zur Therapiedauer neu verordneter Arzneimittel zu geben.

- Das Krankenhaus prüft, ob eine Verordnung erforderlich ist. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Versorgung auch durch Mitgabe von Arzneimitteln gemäß § 14 Abs. 7 Apothekengesetz möglich ist. Dies gilt nur vor Wochenenden und Feiertagen. Diese Mitgabe soll vorrangig genutzt werden, z.B. wenn die Arzneimittelbehandlung dadurch abgeschlossen werden kann.
- Die Höchstmenge der verordneten Arzneimittel wird entsprechend der gesetzlichen Vorgabe auf eine N1-Packung beziehungsweise, falls diese nicht im Handel ist, auf eine kleinere Packung als N1 begrenzt. Größere Packungen als N1 dürfen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben vom Krankenhausarzt nicht verordnet werden.
- Im Hinblick auf eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl empfiehlt es sich, generisch verfügbare Wirkstoffe zu verordnen und dabei „aut idem“ zuzulassen, das heißt das Feld **nicht** anzukreuzen. Dann kann in der Apotheke bei vorhandenen Rabattverträgen ein rabattbegünstigtes Arzneimittel abgegeben werden.

## Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln

- Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschlage unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstiger Therapievorschlag anzugeben. Abweichungen sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.

## Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind die Vorgaben und Einschränkungen der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten.

### Allgemeiner Teil der Arzneimittel-Richtlinie

Im allgemeinen Teil ist beispielsweise geregelt, dass nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind (Hinweise zur Wirtschaftlichkeit nach Anlage III der Richtlinie sind allerdings zu beachten, siehe unten).

Außerdem sind auch bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von der Verordnung ausgeschlossen. Beispielsweise können hustendämpfende Mittel wie Codein bei Erwachsenen mit einer geringfügigen Gesundheitsstörung nicht zu Lasten der GKV verordnet werden.

### Besonderer Teil der Arzneimittel-Richtlinie

Im besonderen Teil werden die Ausführungen zu Verordnungsausschlüssen und zugelassenen Ausnahmen in verschiedenen Anlagen konkretisiert.

#### *Anlage I – OTC-Übersicht (OTC = over the counter/über die Ladentheke)*

In Anlage I sind nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel(klassen) genannt, die ausnahmsweise für Jugendliche nach Vollendung des 12. Lebensjahres und Erwachsene zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen, wenn eine Indikation nach der OTC-Ausnahmeliste vorliegt.

#### *Anlage II – Lifestyle-Arzneimittel*

Diese Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität sind von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen. Dazu zählen Mittel zur Behandlung von Adipositas, erektiler Dysfunktion und Nikotinabhängigkeit, zur Verbesserung des Haarwuchses und Aussehens sowie zur Steigerung des sexuellen Verlangens.



### **Anlage III – Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung**

- Die Anlage III nennt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse bei verschreibungspflichtigen Arzneimittel(klassen) für Erwachsene (z. B. Aggrenox® und wirkstoffgleiche Generika, Analgetika-Kombinationen mit nicht analgetischen Wirkstoffen, Clopidogrel, Antidementiva, Migränemittel-Fixkombinationen, Evolocumab, Alirocumab).
- Die Anlage III nennt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse bei nicht-verschreibungspflichtigen (apothekenpflichtigen) Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (z. B. Immunstimulantien, Otologika, bestimmte Antidiarrhoika und Hustenmittel).
- Die in der Anlage III genannten Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse gelten auch für Rezepturen, die in der Apotheke hergestellt werden und in den in Anlage III genannten Anwendungsgebieten eingesetzt werden.

### **Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie**

- Die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie nennt abschließend die arzneimittelähnlichen Medizinprodukte, die in medizinisch notwendigen Fällen auf Namen des Patienten verordnungsfähig sind (Positivliste).
- Arzneimittelähnliche Medizinprodukte sind unter anderem Spüllösungen, Läusemittel oder Macrogole.
- Der Verordnungs Ausschluss der nicht gelisteten Medizinprodukte gilt uneingeschränkt auch für Kinder.
- Die Liste wird ständig aktualisiert und erweitert.

### **Anlage XII - Frühe Nutzenbewertung, Innovationen**

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sind zu beachten. 2011 wurde mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz die frühe Nutzenbewertung durch den G-BA eingeführt. Hersteller müssen jetzt belegen, ob und in welchem Ausmaß ihr Arzneimittel gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatz-

nutzen - gegebenenfalls nur bei Subgruppen einer Erkrankung hat. Das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung – also ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht – wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus und damit auf die Kosten, die den Krankenkassen für das Medikament entstehen. Bei einem indikationsgerechten Einsatz eines Arzneimittels mit einem Zusatznutzen über das gesamte Anwendungsgebiet oder in einer Subpopulation mit Zusatznutzen ist von einer wirtschaftlichen Verordnung auszugehen.

→ Die KBV informiert wirkstoffbezogen über die Ergebnisse aller Verfahren unter <http://www.kbv.de/html/fruehe-nutzenbewertung.php>



→ Über <https://www.g-ba.de/institution/service/e-mail/> können Sie den Newsletter des Gemeinsamen Bundesausschusses mit aktuellen Kurzhinweisen zu neuen Inhalten auf der G-BA-Website bestellen.

→ Die komplette Arzneimittel-Richtlinie mit allen Anlagen finden Sie unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittelrichtlinie



## Vorsicht bei Off-Label-Verordnung zu Lasten der GKV!

Die Verordnung eines Medikamentes nach der BSG-Rechtsprechung in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet, einer Therapiedauer oder Dosierung (Off-Label-Use) kommt nur in Betracht, wenn alle drei nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung,
2. keine andere Therapie verfügbar ist,
3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann und mindestens die Ergebnisse einer Phase-III-Studie vorliegen.

Bei einer Off-Label-Verordnung muss folgendermaßen vorgegangen werden:

- Der Arzt stellt einen Antrag auf Vorabprüfung der Leistungspflicht bei der Krankenkasse. Die Krankenkasse sollte innerhalb von sieben Tagen nach Zugang des Schreibens eine rechtsverbindliche Erklärung dazu abgeben. Einen Musterantrag finden Sie unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel.



- Wenn absehbar ist, dass die drei oben genannten Kriterien nicht vollumfänglich erfüllt werden, stellt der Arzt bei Off-Label-Verordnungen ein Privatrezept aus.
- Außerdem soll der Versicherte eine Erklärung unterschreiben, dass er darauf hingewiesen wurde, dass das Mittel außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt wird und die Gefährdungshaftung durch den Hersteller dadurch nicht gegeben ist.

➔ Weitere wichtige Informationen zu Off-Label-Verordnungen finden Sie im Verordnungsforum 24: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Verordnungsforum



## Betäubungsmittel

Betäubungsmittel werden auf dem dreiteiligen BtM-Rezept verordnet. Jeder verordnende Arzt benötigt eigene Betäubungsmittel (BtM)-Rezepte, da sie arztbezogen sind. Die Erstanforderung von BtM-Rezepten erfolgt über die Bundesopiumstelle.

Zur Bedruckung wird ein Nadeldrucker für die Durchschläge benötigt oder das BtM-Rezept wird per Hand ausgestellt. Teil 1 und 3 werden dem Patienten für die Apotheke mitgegeben. Der mittlere Teil verbleibt beim Krankenhausarzt und wird drei Jahre aufbewahrt. BtM-Rezepte müssen diebstahlsicher aufbewahrt werden.

Gültigkeit: Ein BtM-Rezept darf wie andere Arzneiverordnungen nur bis zum dritten Tag (inklusive Verschreibungsdatum) durch eine Apotheke beliefert werden. Die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements kennzeichnet sich durch die spezifische 75xxxxx BSNR und durch das letzte Kennzeichen "4" im Statusfeld des Patientenfeldes.

Die Verordnung von Betäubungsmitteln (BtM) im Rahmen des Entlassmanagements unterliegt der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV).

➔ [Arzneimittel und Medizinprodukte \(BfArM\): www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) » Bundesopiumstelle



Auf dem BtM-Rezept sind unter anderem folgende Angaben vorzunehmen (§ 9 BtMVV):

- **Eindeutige Arzneimittelbezeichnung mit Angaben der Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form. Die Angabe „1 OP“ oder „N1“ hinter der Arzneimittelbezeichnung reicht nicht aus.**
- Bei transdermalen Pflastersystemen ist neben der Pflasterart (Matrix-, Reservoirpflaster) auch die Freisetzungsrate und Wirkstoffbeladung anzugeben. Auf die Angabe der Beladungsmenge kann verzichtet werden, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht.
- Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“; bei Substitutionsmitteln auch die Reichdauer des Mittels in Tagen.
- Name des verschreibenden Arztes, Berufsbezeichnung, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift. Werden im Stempel mehrere Ärzte genannt, ist der Name des Verordners kenntlich zu machen oder zusätzlich zu vermerken.
- Kennzeichnung mit „A“, wenn die festgesetzten Höchstmengen in begründeten Einzelfällen überschritten werden (§ 2 BtMVV).
- Kennzeichnung mit „S“, wenn auf dem BtM-Rezept Substitutionsmittel verordnet werden (§ 5 BtMVV).
- Wird ein Substitutionsmittel in einer bis zu zwei Tagen benötigten Menge verschrieben und dem Patienten eine eigenverantwortliche Einnahme gestattet, ist das BtM-Rezept zusätzlich mit einem „Z“ zu kennzeichnen.
- Bei einem Notfall kann das Betäubungsmittel auf einem Kassenrezept (Muster 16) mit dem Vermerk „Notfallverordnung“ („N“) verschrieben werden. Ein BtM-Rezept mit der Kennzeichnung „N“ muss der Apotheke unverzüglich nachgereicht werden.

→ [Arzneimittel und Medizinprodukte \(BfArM\):](#)  
[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) » [Bundesopiumstelle](#)



# Verordnung von Hilfsmitteln auf Muster 16

Zu den Hilfsmitteln zählen:

- Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte),
- Körperersatzstücke (Prothesen),
- Orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle),
- Inkontinenz- und Stoma-Artikel,
- Andere Hilfsmittel.

Hilfsmittel werden auf Muster 16 (Kassenrezept) verordnet (siehe S. 6). Eine Ausnahme stellt die Verordnung von Sehhilfen (Muster 8) und Hörhilfen (Muster 15) dar. Zusätzlich ist zu beachten:

- Angabe der Diagnose in Worten,
- zusätzliche Kennzeichnung des Feldes „7 Hilfsmittel“ durch Überschreiben mit einer „7“.
- keine Verordnung zusammen mit Arznei- oder Verbandmitteln auf einem Kassenrezept.

Die Verordnung von Hilfsmitteln ist in der Hilfsmittel-Richtlinie geregelt.

→ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel



Im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt, dieses Verzeichnis ist allerdings nicht abschließend.

→ [https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen\\_input.action](https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action)



**Freigabe 30.03.2017**

Entlassmanagement

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- BVG	Impf- mittel	Ser.-St. bedarf	Beig- pflicht	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.- plf.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung				
<input type="checkbox"/> noch	geb. am	Gesamt-Brutto				
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kostenträgerkennung	Zahlung				
<input type="checkbox"/> Unfall	Versicherten-Nr.	Acznoimittel-/Hilfsmittel-Nr.				
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Status	1. Verordnung				
	Betriebsstätten-Nr.	2. Verordnung				
	Arzt-Nr.	3. Verordnung				
	Datum	Vertragsarztstempel				
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)						
<input type="checkbox"/> aut idem	Diagnose					
<input type="checkbox"/> aut idem	Feld 7					
<input type="checkbox"/> aut idem	Abgabedatum in der Apotheke					
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer				

## Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Im Hilfsmittelbereich ist die im Rahmen des Entlassmanagements gesetzlich vorgegebene Einschränkung des Verordnungszeitraums auf bis zu sieben Tage **nicht uneingeschränkt auf alle Hilfsmittel anwendbar**. Die gesetzliche Vorgabe wurde daher zwar in die Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen, jedoch wie folgt differenziert:

- Für Hilfsmittel, die zum **Verbrauch** bestimmt sind, muss die Verordnung grundsätzlich so bemessen werden, dass ein Versorgungszeitraum von bis zu **sieben Kalendertagen** nach Entlassung nicht überschritten wird. Hiervon kann abgewichen werden, wenn keine entsprechende Versorgungseinheit auf dem Markt verfügbar ist. Dann kann die nächstgrößere Versorgungseinheit abgegeben werden.
- Ist eine Verordnung von **Hilfsmitteln** erforderlich, die **nicht zum Verbrauch** bestimmt sind, gilt diese Begrenzung der Verordnungsdauer nicht. Bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind (beispielsweise Hör- und Sehhilfen, Prothesen) ist in der Regel nicht davon auszugehen, dass eine Verordnung durch das Krankenhaus unmittelbar erforderlich ist. Ausnahmen von dieser Regelung müssen begründet werden (zum Beispiel Versorgung mit einem Beatmungsgerät bereits in der Klinik). In diesen Fällen kann die Verordnung auch schon während des stationären Aufenthaltes ausgestellt werden.

Auf der Verordnung muss das (voraussichtliche) Entlassungsdatum angegeben werden. Die Verordnungen sind für einen Zeitraum von sieben Kalendertagen gültig.

# Verordnung von Heilmitteln

Heilmittel sind Maßnahmen der

- Physikalischen Therapie (**Verordnung auf Muster 13**),
- Podologie (**Verordnung auf Muster 13**),
- Logopädie (**Verordnung auf Muster 14**),
- Ergotherapie (**Verordnung auf Muster 18**).

Die Verordnung von Heilmitteln ist in der Heilmittel-Richtlinie und im Heilmittelkatalog geregelt.

→ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen  
» Heilmittel » Heilmittel-Richtlinie



Der Heilmittelkatalog gibt unter anderem vor

- bei welchen Indikationen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die Art der verordnungsfähigen Heilmittel,
- die Verordnungsmenge je Diagnosegruppe.

## Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Der Krankenhausarzt kann im Rahmen des Entlassmanagements Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen.

Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass der Verordnungszeitraum von sieben Tagen nicht überschritten wird.

Wir empfehlen im Rahmen des Entlassmanagements in der Regel bis zu maximal sechs Behandlungseinheiten eines vorrangigen Heilmittels – Vorgabe Entlassmanagement Zeitraum für sieben Tage – zu verordnen.

Die Heilmittelbehandlung muss innerhalb von sieben Kalendertagen nach Entlassung aufgenommen werden und innerhalb von zwölf Kalendertagen abgeschlossen sein. Nicht in Anspruch genommene Behandlungseinheiten verfallen nach zwölf Tagen.

Zuvor getätigte vertragsärztliche Verordnungen muss der Krankenhausarzt nicht berücksichtigen. Auch die Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements bleiben für den weiterbehandelnden Vertragsarzt unberücksichtigt bei der Betrachtung des sogenannten Regelfalles und der Verordnungsmenge.

Auf der Verordnung muss das Entlassungsdatum vermerkt werden.

## Hinweise zum Ausfüllen von Muster 13 (Physikalische Therapie)

**Freigabe 30.03.2017**

Entlassmanagement

<b>Gebührpflicht.</b>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
<b>Gebührfrei.</b>	Name, Vorname des Versicherten	geb. am
<b>Unfall/Unfallfolgen.</b>		
<b>BVG.</b>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum

  

<b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b>	
Erstverordnung <input type="checkbox"/>	Folgeverordnung <input type="checkbox"/>
Verordnung außerhalb des Regelfalles <input type="checkbox"/>	Gruppentherapie <input type="checkbox"/>
Hausbesuch <input type="checkbox"/>	Behandlungsbeginn spätestens am
Therapiebericht <input type="checkbox"/>	Rechnungsnummer
Belegnummer	

  

<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>	Anzahl pro Woche
Verordnungsmenge	

  

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele	
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)	

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (1.2017)

**1** → Erstverordnung ankreuzen

**2** → Verordnung außerhalb des Regelfalles: entfällt beim Entlassmanagement.

**3** → Gruppentherapie: ist anzukreuzen, wenn Einzeltherapie nicht medizinisch zwingend geboten ist.

**4** → Behandlungsbeginn spätestens am: entfällt im Rahmen des Entlassmanagements!

**5** → Hausbesuch (Pflichtfeld): muss mit Ja oder Nein angekreuzt werden. Hausbesuch ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen

**6** → Therapiebericht (Pflichtfeld): muss mit Ja oder Nein angekreuzt werden, je nachdem, ob eine Rückäußerung des Therapeuten erwünscht ist.

**7** → Verordnungsmenge (Pflichtfeld): Wir empfehlen im Rahmen des Entlassmanagements in der Regel bis zu maximal sechs Behandlungseinheiten eines vorrangigen Heilmittels – Vorgabe Entlassmanagement Zeitraum für sieben Tage – zu verordnen.

**8** → Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (Pflichtfeld): Angabe auch in Kurzform möglich und ggf. mit ergän-

---

zenden Angaben (z. B. KG im Bewegungsbad). Bei Lymphdrainage muss auch die Therapiedauer (MLD-30/45/60) angegeben werden. Auswahl der Heilmittel je nach vorrangigem Therapieziel:

- vorrangiges Heilmittel (1. Wahl, soll vorrangig verordnet werden)
- optionales Heilmittel (alternativ statt vorrangigem Heilmittel)
- ergänzendes Heilmittel (zusätzlich zum vorrangigen/optionalen Heilmittel verordnungsfähig, wenn medizinisch indiziert)
- standardisierte Heilmittelkombination (D1, bei komplexen Schädigungen, wenn die Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist)

- 9 **Anzahl pro Woche (Pflichtfeld):** Die konkrete Behandlungsfrequenz ist unter Berücksichtigung von Gesundheitszustand und Konzentrationsvermögen des Patienten immer anzugeben.
- 10 **Indikationsschlüssel:** ist **vollständig** und **exakt** anzugeben (z. B. „ZN1a“).
- 11 **Diagnose mit Leitsymptomatik** und therapierelevanter **ICD-10-Code:** sind Pflichtangaben. Gegebenenfalls können wesentliche Befunde ergänzt werden.
- 12 **Spezifizierung der Therapieziele:** ist nur notwendig, wenn sie sich nicht aus der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.
- 13 **Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles:** entfällt beim Entlassmanagement.



# Verordnung von Soziotherapie

Soweit es für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen. Zuvor getätigte vertragsärztliche oder psychotherapeutische Verordnungen sind nicht zu berücksichtigen.

→ Die Richtlinie zur Verordnung von Soziotherapie finden Sie unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verträge & Recht » Soziotherapie-Richtlinie



# Ausstellen von Arbeitsunfähigkeits- bescheinigungen

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Patient aufgrund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr ausführen kann, dass sich seine Erkrankung verschlimmert.

Arbeitsunfähigkeit besteht auch, wenn wegen eines Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit verursacht, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit gesundheitliche Probleme erwachsen, die eine Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.

→ Die Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit finden Sie in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen



## Feststellen der AU im Rahmen des Entlassmanagements

Krankenhausärzte können Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen **für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung des Patienten** ausstellen, soweit es für die Versorgung notwendig ist.

Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gilt ebenfalls: Krankenhausärzte haben weiterbehandelnde Vertragsärzte rechtzeitig über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit z.B. im Entlassbrief zu informieren.

## Hinweise zum Ausfüllen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

The diagram shows a form for 'Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung' (Sick Leave Certificate) with the following callouts:

- 1**: Points to the top section for patient information (Krankenkasse, Name, geb. am, Kostenträger, etc.).
- 2**: Points to the checkbox for 'Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit'.
- 3**: Points to the 'Erstbescheinigung' checkbox.
- 4**: Points to the 'Folgebescheinigung' checkbox.
- 5**: Points to the 'Verbindliches Muster' box.
- 6**: Points to the 'AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)' section.
- 7**: Points to the checkbox for 'sonstiger Unfall, Unfallfolgen'.
- 8**: Points to the checkbox for 'Versorgungsleiden (z.B. BVG)'.
- 9**: Points to the section for 'Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten'.
- 10**: Points to the 'Im Krankengeldfall' section.
- 11**: Points to the 'Endbescheinigung' checkbox.

- 1 **Erst-/ Folgebescheinigung:** Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem behandelnden Arzt anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit nach Krankenhausentlassung im Rahmen des Entlassmanagements erstmalig feststellt.
- 2 ist anzukreuzen bei Arbeitsunfall/-folgen oder einer Berufskrankheit
- 3 **arbeitsunfähig seit:** In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an die Arbeitsunfähig-

keit besteht. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z.B. 010215) anzugeben.

- 4 **voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:** Hier ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen ärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit, z.B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sogenannte „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen; im Rahmen

des Entlassmanagements für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen.

- 5 **festgestellt am:** Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird.
- 6 **AU-begründende Diagnose(n):** Bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle, die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD-10-Kodierung notwendig ist.
- 7 **sonstiger Unfall, Unfallfolgen:** Bei Vorliegen eines Unfalls oder von Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.
- 8 **Versorgungsleiden (z. B. BVG):** Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:
  - Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden)
  - Opferentschädigungsgesetz (z.B. Opfer von Gewalttaten)
  - Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe)
  - Soldatenversorgungsgesetz
- 9 **Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten:** entfällt beim Entlassmanagement
- 10 **ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall:** Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der behandelnde Arzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z. B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeits-

unfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des behandelnden Arztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Arzt beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

- 11 **Endbescheinigung:** Liegt ein Krankengeldfall vor und der behandelnde Arzt kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.

# Verordnung von häuslicher Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege (HKP) dient der Unterstützung der ärztlichen Behandlung.

Bei der HKP handelt es sich um eine genehmigungspflichtige Leistung, wobei der Patient Antragsteller ist. Der Arzt stellt die Verordnung mit den entsprechenden ärztlichen Angaben aus. Als Antragssteller füllt der Patient auf der Rückseite des Musters 12a den entsprechenden Antrag aus und unterschreibt diesen.

Ebenfalls auf der Rückseite des Musters 12a erfolgen die Angaben des Pflegedienstes, wenn dieser bei Antragstellung schon durch den Patienten ausgewählt ist (Regelfall).

➔ Grundlage für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege ist die häusliche Krankenpflege-Richtlinie: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen



Insbesondere folgende Punkte sind wichtig:

- Die Verordnung von HKP ist nur zulässig, wenn der Patient wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. Daneben können aufgrund einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung auch Leistungen der Unterstützungspflege zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden, soweit bei dem Versicherten keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.
- Voraussetzung für die Verordnung von HKP ist, dass sich der Arzt von dem Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

- In der Anlage der Richtlinie sind verordnungsfähige Maßnahmen aufgeführt. Weitere Leistungen sind durch die Krankenkasse genehmigungspflichtig. In dem Verzeichnis sind zu einigen behandlungspflegerischen Leistungen Aussagen zur Dauer der Verordnung und zur Häufigkeit der Verrichtungen angegeben; weicht der behandelnde Arzt von diesen Empfehlungen ab, hat er dies in der Verordnung zu begründen.

## Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Im Gegensatz zu den anderen Verordnungsbereichen konnten Krankenhausärzte bereits in der Vergangenheit HKP verordnen. Nun hat der G-BA beschlossen, dass die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für einen **Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung des Patienten möglich ist** (vorher: fünf Arbeits- bzw. Werkzeuge). Auch hierbei gelten die Regelungen zur rechtzeitigen Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes.

## Hinweise zum Ausfüllen von Muster 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege)

Freigabe 27.04.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenbeteiligungsverordnung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

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

Erstverordnung  Folgeverordnung  Unfall  vom / / / / /  bis / / / / /

7 **Behandlungspflege**

8 **Medikamentengabe, Präparate**

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen  herrichten  intramuskulär  subkutan

9 **Blutzuckermessung**

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

bei intensiver Insulintherapie

10 **Kompressionsbehandlung**

Kompressionsstrümpfe anziehen

Kompressionsverbände anlegen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

11 **Wundversorgung, Präparate**

Lokalisation  aktuelle Größe  aktueller Grad

Dekubitusbehandlung

andere Wundverbände

12 **Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**

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

Anzahl

14 **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

15  Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

16  Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

17  Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit

Dauer

18 **Weitere Hinweise**

Ausfertigung für die Krankenkasse

Verbindliches Muster

Vertragszeilempfel / Unterschrift des Arztes

Muster 12a (10.2017)

- 1 Hier sind die verordnungsrelevanten **Diagnosen (ICD-10-Code)** anzugeben.
- 2 Zwischen **Diagnose** und **verordneter Leistung** muss ein eindeutiger Zusammenhang bestehen. Bei einzelnen Maßnahmen, (z. B. Medikamentengabe, s. c.-Injektionen) muss eine schwere Behinderung (z. B. Einschränkung der Sehfähigkeit, der Grob-/Feinmotorik, der geistigen Leistungsfähigkeit) vorliegen, die eine selbstständige Durchführung der Maßnahme unmöglich macht.
- 3 Hier ist „**Erstverordnung**“ anzukreuzen, außer die Krankenkasse weist im Genehmigungsverfahren darauf hin, dass es sich um eine Folgeverordnung handelt.
- 4 „**Unfall**“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung infolge eines Unfalls notwendig wird und die Krankenkasse gegebenenfalls Kosten gegenüber Dritten geltend machen kann.
- 5 HKP kann im Rahmen des Entlassmanagements nur für **sieben Tage** verordnet werden.
- 6 Hier sind Angaben zu **Häufigkeit** und **Dauer** der Maßnahmen zu machen.

- 
- 7 Zu den Leistungen der **Behandlungspflege** gehören neben Einzelleistungen wie z.B. Medikamentengabe oder Verbandwechsel auch komplexe Leistungen wie z.B. Symptomkontrolle bei Palliativpatienten
  - 8 **Vor der Medikamentengabe** ist zu prüfen, ob:
    - das Richten einer Tages- und Wochenbox ausreichend ist,
    - Personen im Haushalt die Leistung (teilweise) übernehmen können,
    - durch Medikamentenanpassung (z. B. Depotpräparate) Einsätze reduziert werden können.
  - 9 **Blutzuckermessungen** können nach Nr. 11 des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes oder bei einer intensivierten Insulintherapie verordnet werden.
  - 10 Unter diesem Punkt kann das **An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen** (ab Kompressionsklasse II, diese bitte immer angeben) verordnet werden. Das Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden kommt nur bei akuten Ereignissen (z. B. Distorsion) in Betracht und ist zeitlich nur begrenzt verordnungsfähig. Das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist grundsätzlich einmal täglich verordnungsfähig.
  - 11 Bei **Wundverbänden** bitte aktuellen Wundbefund, Lokalisation, Art der Wundbehandlung und das Präparat angeben.
  - 12 Hier werden alle **weiteren verordnungsfähigen Maßnahmen** eingetragen.
  - 13 Ist der Patient selbst oder ein Angehöriger in der Lage, nach einer Schulung durch den Pflegedienst die notwendige Behandlungspflege sicher **auf Dauer** durchzuführen, kann diese Anleitung zur Behandlungspflege bis zu zehn Mal verordnet werden.
  - 14 **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können** nur im Rahmen der Unterstützungspflege oder der Krankenhausvermeidungspflege verordnet werden. Bitte bei allen Maßnahmen Angaben zur Häufigkeit und Dauer eintragen.
  - 15 **Unterstützungspflege** nach § 37 Abs. 1a SGB V ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten OP oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Sie umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.
  - 16 **Die Krankenhausvermeidungspflege** kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Sie umfasst Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung.
  - 17 Die **Grundpflege** umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität.
  - 18 **Hauswirtschaftliche Versorgung** beinhaltet hauswirtschaftliche Leistungen in der Häuslichkeit des Versicherten.

## Impressum

Verordnungen im Rahmen  
des Entlassmanagements  
November 2017

Herausgeber **KVBW**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

Redaktion Dr. Norbert Metke (verantw.)  
Eva Frien  
Tanja Krummrein  
Martina Mildenberger  
Karen Schmidt  
Ute Seene  
Claudia Speier

Erscheinungstermin November 2017

Layout und Satz Tanja Peters

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart  
Telefon 0711 7875-0  
Telefax 0711 7875-3274