

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

72. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. April 1995
(Anlage 2 BMV-Ä)

Artikel 1

Änderungen der Vordruckvereinbarung

Abschnitt 2: Vordruck Muster wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2.12 wird die Angabe „(Stand: 10.2020)“ durch die Angabe „(Stand: 07.2024)“ ersetzt.
- b) In Nummer 2.21 wird die Angabe „(Stand: 10.2014)“ durch die Angabe „(Stand: 07.2024)“ ersetzt.
- c) In Nummer 2.21.2 werden die Wörter „DIN A6 quer“ durch die Wörter „DIN A5 hoch“ ersetzt.

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

1. In **Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung** wird im 5. Absatz Satz 1 wie folgt gefasst:

„Der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut füllt Muster 2a vollständig aus, händigt es dem Versicherten aus und soll darauf hinweisen, dass dieses Muster vor Aufsuchen des Krankenhauses der Krankenkasse vorzulegen ist (s. Rückseite des Musters 2a) bzw. der Versicherte sich mit der Krankenkasse zur Abstimmung hinsichtlich der Genehmigung in Verbindung setzen soll.“

2. **Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege** wird wie folgt gefasst:

„Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege

Grundlage der Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HKP-Richtlinie) einschließlich des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen in der Anlage zur Richtlinie. Dabei sind auch die in dem Verzeichnis enthaltenen Hinweise (siehe

Spalte Bemerkung) zur Verordnungsfähigkeit zu beachten und ggf. vorliegende Besonderheiten (z.B. Beeinträchtigung der Sehfähigkeit) in der Verordnung anzugeben.

Erweiterte Versorgungsverantwortung für Pflegefachkräfte (sog. „HKP-Blankoverordnung“)

Im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung für Pflegefachkräfte, der sog. „HKP-Blankoverordnung“ sind bestimmte Leistungen definiert, für die qualifizierte Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer selbst festlegen können. Dabei wird von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt weiterhin entschieden, welche Leistung verordnet wird. Von der qualifizierten Pflegefachkraft wird die Entscheidung getroffen, wie häufig und wie lange entsprechende Maßnahmen der HKP notwendig sind. Zur Kenntlichmachung dieser Leistungen wurde im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie eine Spalte „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegefachkraft möglich? Ja/nein“ ergänzt.

Die im HKP-Leistungsverzeichnis zu einigen Leistungen angegebenen Empfehlungen des G-BA zur Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen gelten analog auch für die Bestimmung durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung der erforderlichen Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkräfte sprechen, hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung anzugeben.

Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach § 4 der HKP-Richtlinie werden ebenfalls auf dem Muster 12 verordnet.

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedürfen 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 oder der Versicherten keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt. Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich der Vertragsarzt/die Vertragsärztin von dem Zustand des Versicherten/der Versicherten und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat, oder dass ihm/ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist nicht zulässig, wenn dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin bekannt ist, dass die Versicherten oder eine im Haushalt der Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen können. Ist dies nur für Teilbereiche möglich, ist eine Verordnung für diese Teilbereiche nicht zulässig.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

1

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

2

3 Erstverordnung 3 Folgeverordnung 4 Unfall 5 SER

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

6 vom bis

9 Behandlungspflege

10 Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

11 Blutzuckermessung

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

12 Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen

stützende und stabilisierende Verbände, Art Kompressionsverbände abnehmen

13 Wundversorgung

Wundart

Lokalisation aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) aktueller Grad

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut

Wundversorgung chronisch

14 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

16 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

- 17 Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
- 18 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
- 19 Grundpflege
- 20 hauswirtschaftliche Versorgung

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

Weitere Hinweise

Häufigkeit/Dauer von Pflegeleistungen	Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung				
	Häufigkeit 8			Dauer (TTMM)	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztsstempel / Unterschrift des Arztes

Die von den Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite Muster 12a) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten, für die von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Ausfüllhinweise

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① *Verordnungsrelevante Diagnose(n)*

Hier sind die Diagnose(n) anzugeben, die die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach ICD-10-GM zu verschlüsseln.

② *Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen*

Die Angabe von Einschränkungen soll verdeutlichen, warum häusliche Krankenpflege erforderlich ist. Hierbei ist auch das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Einschränkungen siehe Spalte Bemerkung) zu beachten.

③ *Erstverordnung/Folgeverordnung*

Insbesondere bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten werden (vgl. § 5 Abs. 1 und 2 HKP-Richtlinie). Ist eine längere Verordnungsdauer erforderlich, soll sich der Grund hierfür aus den ordnungsrelevanten Diagnosen und den Einschränkungen ergeben. Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

④ *Unfall*

Ergibt sich die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

⑤ *SER*

Siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.

⑥ *vom – bis*

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die Maßnahmen erbracht werden sollen, für die die Vertragsärztin / der Vertragsarzt die Häufigkeit und die Dauer festlegen. Pflegefachkräfte dürfen diese Felder nicht befüllen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

Keine „Blankverordnung“

Werden nur Maßnahmen verordnet, bei denen die Häufigkeit und Dauer ärztlich festgelegt werden, ist der Zeitraum unter ⑥ von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu befüllen. Pflegefachkräfte können die Felder unter ⑧ nicht befüllen.

„Hybrid- Verordnungen“

Werden sowohl Maßnahmen verordnet, bei denen die Häufigkeit und Dauer ärztlich festgelegt wurden, als auch Maßnahmen, bei denen die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer bestimmen sollen (siehe: ⑦), ist der Zeitraum unter ⑥ ärztlich festzulegen. Die Angabe bezieht sich jedoch nicht auf Maßnahmen, für die die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen.

„Blankverordnung“

Werden nur Maßnahmen verordnet, für die die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen sollen (siehe: ⑦), ist der Zeitraum unter ⑥ nicht ärztlich festzulegen. Die Angabe zur Häufigkeit und Dauer erfolgt ausschließlich durch die Pflegefachkraft unter ⑧.

⑦ Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft

Sofern die Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft bestimmt werden sollen, ist dies ärztlich durch Ankreuzen auf der Verordnung kenntlich zu machen. Dies ist für folgende Leistungen möglich:

- 1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit
- 2 Ausscheidungen
- 3 Ernährung (nur orale Verabreichung)
- 4 Körperpflege
- 5 Hauswirtschaftliche Versorgung
- 6 Absaugen (nur Absaugen der oberen Luftwege)
- 7 Anleitung bei der Behandlungspflege
- 12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung
- 13 Drainagen (Überprüfen, Versorgen)

- 14 Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung
- 21 Auflegen von Kälteträgern
- 22 Versorgung eines suprapubischen Katheters
- 23 Katheterisierung der Harnblase
- 27 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- 28 Stomabehandlung
- 30 Pflege des zentralen Venenkatheters
- 31 Wundversorgung einer akuten Wunde
- 31b Kompressionsstrümpfe / Kompressionsverband
- 31c Stützende Verbände
- 31d Bandagen und Orthesen

⑧ Häufigkeit/Dauer

In diesen Feldern sind Häufigkeit (täglich, wöchentlich, monatlich) und Dauer (vom - bis) bei jeder zu erbringenden Maßnahme anzugeben. Angaben zur Dauer und Häufigkeit orientieren sich am Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie. Die Angabe „Dauer“ bei einzelnen Maßnahmen ist nur bei einer Abweichung von der Dauer der gesamten Verordnung (siehe ⑥) notwendig. Die Angaben zur Häufigkeit „tgl.“, „wtl.“, „mtl.“ können nebeneinander verwendet werden, um Eindeutigkeit bei der Verordnungsmenge zu erzielen. Kann die verordnete Maßnahme bspw. am Wochenende durch eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende berufstätige Person durchgeführt werden, ist die Häufigkeit mit „1 x tgl.“ und „5 x wtl.“ anzugeben.

Sofern die Pflegefachkraft die Dauer und Häufigkeit festlegen soll (siehe ⑦), dürfen keine ärztlichen Angaben in diesen Feldern erfolgen.

Der unter ⑥ ärztlich festgelegte Zeitraum gilt nicht für Maßnahmen, für die die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen sollen.

⑨ Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. Behandlungspflege als Sicherungspflege hat das Ziel, die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern.

Die verordnungsfähigen Maßnahmen sind dem Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie zu entnehmen.

10 Medikamentengabe

Bei der Verordnung der Medikamentengabe ist Nr. 26 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Muster 12) müssen die einzelnen zu verabreichenden Präparate hervorgehen. Ebenso sind die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der Medikamentengabe anzugeben. Die Angaben zu den Präparaten können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung nicht möglich.

11 Blutzuckermessung

Bei der Verordnung von Leistungen zur Blutzuckermessung ist Nr. 11 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um Blutzuckermessungen aufgrund einer Erst- oder Neueinstellung oder einer intensivierten Insulintherapie handelt.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung nicht möglich.

12 Kompressionsbehandlung

Bei der Verordnung von Leistungen der Kompressionsbehandlung ist Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Die Kompressionsbehandlung ist im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab Kompressionsklasse I verordnungsfähig.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung möglich.

13 Wundversorgung

Bei der Verordnung von Leistungen der Wundversorgung sind die Nummern 12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, 31 Wundversorgung einer akuten Wunde sowie 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Muster 12) müssen die einzelnen anzuwendenden Präparate hervorgehen. Ebenso sind die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der anzuwendenden Präparate anzugeben.

Die Angaben zu den Präparaten sowie zur Wunddokumentation können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen. Außerdem müssen aus der Verordnung die Wundart, die Lokalisation sowie die aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) sowie bei einem Dekubitus der aktuelle Grad hervorgehen.

Verordnet werden kann die Wundversorgung bei einer akuten sowie einer chronischen und schwer heilenden Wunde. Liegt ein Dekubitus vor (ab Dekubitus Grad 1), ist zusätzlich eine fachgerechte Lagerung erforderlich. In diesem Fall kann die Leistung „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“ verordnet werden, sofern keine im Haushalt lebende Person diese übernehmen bzw. durch die Verordnung der Leistung 15 „Anleitung zur Behandlungspflege“ befähigt werden kann. Vor der Verordnung ist außerdem zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind - soweit bekannt - auf der Verordnung zu nennen.

Kann die Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen und ist eine Versorgung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit notwendig, ist dies auf der Verordnung unter „Weitere Hinweise“ anzugeben.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist für die „Wundversorgung akut“ und den „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“ möglich. Für die Wundversorgung chronisch ist die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft nicht möglich.

14 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Hier können weitere oder andere als die unter 10 bis 13 genannten Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie verordnet werden.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist abhängig von der jeweiligen Leistung möglich (siehe 7).

15 Anleitung zur Behandlungspflege

Sofern die Versicherten und/oder Angehörigen zur Behandlungspflege durch den Pflegedienst angeleitet werden sollen, ist dies unter Nennung der einzelnen Leistungen der Behandlungspflege hier anzugeben. Hierbei ist Nr. 7 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Die Anzahl ist im Freitextfeld mit anzugeben.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung möglich.

16 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nur im Rahmen der Unterstützungspflege oder der Krankenhausvermeidungspflege verordnet werden. Im Rahmen der Sicherungspflege setzt eine Verordnung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung voraus, dass die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsieht und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt.

17 Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

Die Verordnung von Unterstützungspflege ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt. Unterstützungspflege umfasst Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist in diesem Fall nicht erforderlich. Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MD verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Unterstützungspflege erfüllt sind, muss zusätzlich angegeben werden, ob Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden sollen. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können im Rahmen der Unterstützungspflege nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Grundpflege verordnet werden. Grundpflege kann im Rahmen der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.

18 Krankenhausvermeidungspflege nach 37 Abs. 1 SGB V

Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn Versicherte die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigern. Eine Verordnung ist darüber hinaus möglich, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann oder dadurch

eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird. Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch der Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege ist auf vier Wochen begrenzt und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MD verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Krankenhausvermeidungspflege erfüllt sind, kann zusätzlich angegeben werden, ob neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung notwendig sind.

19 Grundpflege

Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen. Dazu zählen Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit, Ausscheidungen, Ernährung und die Körperpflege. Die im Rahmen der Grundpflege erforderlichen Maßnahmen sind ggf. im Feld „weitere Hinweise“ näher zu beschreiben. Die verordnungsfähigen Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Nr. 1 – 4) aufgeführt und sind alle der Grundpflege zuzurechnen.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung möglich. Bei Nr. 3 Ernährung darf die Häufigkeit und Dauer von der Pflegefachkraft nur für die orale Verabreichung bestimmt werden, nicht für die Verabreichung von Sondennahrung.

20 Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet hauswirtschaftliche Leistungen in der Häuslichkeit des Versicherten. Die Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Nr. 5) aufgeführt.

Die Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung möglich.

Rückseite (Angaben des Pflegedienstes):

Angabe der Beschäftigtennummer:

Bei der Festlegung der Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen durch eine Pflegefachkraft trägt sie die fachliche Verantwortung für die von ihr vorgenommenen verord-

nungsrelevanten Festlegungen. Daher ist in diesen Fällen auf der Rückseite der Verordnung die Beschäftigtennummer derjenigen Pflegefachkraft anzugeben, die die Festlegung der Häufigkeit und Dauer vorgenommen hat.

Auf der Rückseite muss der Pflegedienst weiterhin auch eine Jahresangabe für seine Gesamtversorgungszeit angeben. Bei einer jahresübergreifenden Verordnung kann sich das Ende des Verordnungsdatums ausschließlich auf das folgende Jahr beziehen.“

3. In **Muster 16** werden unter Punkt 13 die Wörter „Zeile 5: Bezeichnung der Anwendung“ durch die Wörter „Zeile 5 und 6: Bezeichnung der Anwendung“ ersetzt sowie die Wörter „Zeile 6: Unbesetzt“ gestrichen.
4. **Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes** wird wie folgt gefasst:

„Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Für die Gewährung von Krankengeld bei Erkrankung eines noch nicht 12 Jahre alten Kindes, das der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege durch die oder den Versicherten bedarf, benötigen die Krankenkassen eine ärztliche Bescheinigung in Form des Musters 21. Gleiches gilt für die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes, welches behindert und auf Hilfe angewiesen ist, auch wenn es das 12. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme von Versicherten als Begleitperson während einer stationären (sowohl voll-, tages- als auch teilstationären) Behandlung des Kindes, ist kein Muster 21 auszustellen. Hier stellt die stationäre Einrichtung eine Bescheinigung für die/den begleitende/n Versicherte/n aus.

Im Personalienfeld ist die Krankenkasse des Kindes bzw. der zuständige Kostenträger (z. B. Unfallversicherungsträger) anzugeben.

❶ „vom“ / „bis einschließlich“

Hier ist einzutragen, in welchem Zeitraum das erkrankte Kind der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit bedarf/bedurfte.

❷ Kita- oder Schulunfall / -folgen

Das Feld „Kita- oder Schulunfall/-folgen“ ist bei Vorliegen eines Unfalls in einer Kinderbetreuungseinrichtung oder Schule (auch auf dem Weg aus der Einrichtung/in die Einrichtung) oder deren Unfallfolgen anzukreuzen.

Bei einem Kita- oder Schulunfall/-folgen ist die Bescheinigung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

❸ sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Das Feld „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“ ist anzukreuzen, wenn kein Kita- oder Schulunfall vorliegt, sondern ein sonstiger Unfall oder eine Unfallfolge.

❹ SER

Siehe Erläuterung im Abschnitt „Allgemeines“ unter Nr. 8.“

Artikel 3
Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.07.2024 in Kraft.

Berlin, den 10.05.2024

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin