



Verordnung Aktuell Sonstiges

Stand: 8. März 2023

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ [Kontakt zu Ihrem Beratungszentrum](#) ▪ www.kvb.de/verordnungen

■ Formulare im Rahmen einer außerklinischen Intensivpflege

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich unter Einbeziehung der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf drei Formulare - **62A bis 62C** - verständigt.

- Formular 62A: Ergebnis der Potenzialerhebung
- Formular 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege
- Formular 62C: Behandlungsplan

Die Einführung der Formulare 62B und 62C erfolgt zum **Stichtag 1. Januar 2023**. Formular 62A kann bereits vor dem 1. Januar 2023 genutzt werden, damit die Potenzialerhebung bereits vor dem 1. Januar 2023 erfolgen kann. Die neuen Vordrucke stehen Ihnen rechtzeitig vor Einführung zur Verfügung und können über die Fa. Kohlhammer bestellt werden. Die neuen Formulare werden zeitgleich den Softwareherstellern zur Einbindung in die Praxisverwaltungssysteme bereitgestellt.

Die KBV stellt eine Ausfüllhilfe zur Verfügung: <https://www.kbv.de/html/60923.php>. Eine mit bis zu neun CME-Punkten zertifizierte Online-Fortbildung (Login erforderlich) wird auch bereitgestellt: <https://fortbildungsportal.kv-safenet.de/snk/>

Formular 62A

Damit außerklinische Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte Patientinnen und Patienten verordnet werden kann, muss vorab ihr Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung geprüft werden. Die Dokumentation des Ergebnisses erfolgt auf Formular 62A „*Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA*“.

Formular 62B

Die Verordnung erfolgt auf Formular 62B „Verordnung außerklinischer Intensivpflege“. Hier sind die verordnungsrelevanten Diagnosen anzugeben und wichtige Informationen zum klinischen Status sowie zum erforderlichen Leistungsumfang. Die Verordnung beinhaltet insbesondere die Angaben, die die Krankenkasse zur Leistungsentscheidung benötigt. Unterschiede gibt es bezüglich der Verordnungsdauer von Erst- und Folgeverordnungen.

Erstverordnung

- Die Erstverordnung kann durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt für bis zu 5 Wochen erfolgen.
- In der Regel erfolgt die Erstverordnung der außerklinischen Intensivpflege jedoch im Entlassmanagement. Diese ist allerdings nur für bis zu 7 Tage gültig.
Da in dieser Zeit eine vertragsärztliche Anschlussversorgung erfolgen muss, hat das Krankenhaus die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt so rechtzeitig über die Verordnung zu informieren, dass eine nahtlose Anschlussversorgung ermöglicht wird.

Folgeverordnung

- Folgeverordnungen können grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten ausgestellt werden.
- Nur für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte, für die keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und für die eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen auch für bis zu 12 Monate erfolgen.

Die Rückseite der Verordnung ist nur durch den Versicherten und den Pflegedienst auszufüllen. Sie beinhaltet den Antrag der oder des Versicherten bei der Krankenkasse und Felder für die Angaben zum Pflegedienst.

Formulare 62A und 62B werden zusammen mit dem Behandlungsplan der Krankenkasse vorgelegt.

Formular 62C

Der Verordnung beigelegt wird Formular 62C „Behandlungsplan“. Dieser Plan wird von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt erstellt - gegebenenfalls unter Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzte, die die Potenzialerhebung durchgeführt haben. Darin werden insbesondere die spezifischen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege dokumentiert, die durch den Pflegedienst zu erbringen sind. Im Hinblick auf die Vielzahl der beteiligten Akteure (beispielsweise Pflegefachkräfte, Heilmittelerbringende, Geräteprovider, Haus- und Fachärztinnen beziehungsweise Haus- und Fachärzte und Kliniken) unterstützt der Behandlungsplan die Informationsweitergabe und macht die Versorgungssituation transparent.

Alle weiteren im zeitlichen Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege anfallenden erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen nach der Anlage zur Häusliche

Krankenpflege-Richtlinie sind Teil der außerklinischen Intensivpflege und können nicht separat im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf Muster 12 verordnet werden. Diese sind ebenfalls auf dem Behandlungsplan anzugeben.

Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu aktualisieren. Sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben, ist der Behandlungsplan von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erneut der Krankenkasse vorzulegen.

Details über z. B. Verordnungsvoraussetzungen lesen Sie bitte in unserem Verordnung Aktuell „Außerklinische Intensivpflege - Erstfassung der Richtlinie“.

Ansprechpartnerinnen und -partner für Ordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung. Oder Sie hinterlassen uns über Ihr Beratungscenter unter <https://www.kvb.de/service/beratung/beratungscenter/> einen Rückrufwunsch.