

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

HINWEISE ZUR VERORDNUNG FÜR ÄRZTE

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

häusliche Krankenpflege unterstützt die ärztliche Behandlung. Sie sorgt dafür, dass Patienten sich wieder allein zu Hause versorgen können und nicht im Krankenhaus behandelt werden müssen. Liegezeiten können verkürzt oder vermieden werden. In den vergangenen Jahren wurde die häusliche Krankenpflege immer stärker in Anspruch genommen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich hierfür von 2007 bis 2017 mehr als verdoppelt.

Zur häuslichen Krankenpflege gehören insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie unter bestimmten Voraussetzungen auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Leistung ist auf den Krankheitsfall beschränkt und damit in der Regel zeitlich begrenzt. Ärzte können häusliche Krankenpflege verordnen, sofern sich Patienten nicht selbst pflegen können und keine Angehörigen haben, die hierzu in der Lage sind.

Diese Broschüre stellt vor, welche Möglichkeiten die häusliche Krankenpflege für die Versorgung bietet. Sie informiert darüber, was Ärzte zur Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung wissen sollten – gerade auch in Abgrenzung zur Pflegeversicherung. Vorgestellt werden einige Neuerungen wie die Unterstützungspflege, die gedacht ist für Menschen ohne Pflegebedürftigkeit, die nur für kurze Zeit Pflege benötigen. Auch die erweiterten Verordnungsmöglichkeiten für psychisch kranke Patienten werden berücksichtigt. Praxisnahe Beispiele sollen die Verordnung veranschaulichen.

Die Broschüre setzt die Reihe „Hinweise zur Verordnung“ fort. Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre.

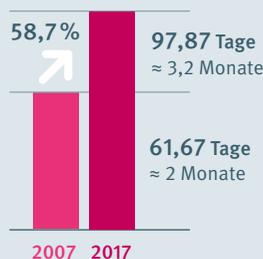
Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

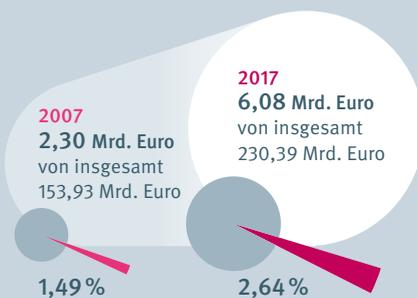
.....	
Häusliche Krankenpflege für Patienten	Seite 3
Auf einen Blick: Das leistet häusliche Krankenpflege	Seite 4
.....	
Fokus: Häusliche Krankenpflege und häusliche Pflege	Seite 6
.....	
Richtig verordnen	Seite 8
Wichtige Regeln und Grundlagen	Seite 9
So wird verordnet	Seite 12
Beispiele aus der Praxis	Seite 14
.....	
Fokus: Verordnung bei psychisch kranken Patienten	Seite 18
Beispiel aus der Praxis	Seite 19
.....	

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE FÜR PATIENTEN

LEISTUNGSTAGE JE KRANKHEITSFALL SIND STARK GESTIEGEN:



GKV-AUSGABEN FÜR HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE HABEN SICH MEHR ALS VERDOPPELT:



Medikamente herrichten, Kompressionstrümpfe wechseln, Wunden versorgen: Maßnahmen wie diese gehören zur häuslichen Krankenpflege. Sie kann erforderlich sein, wenn Patienten nach einer Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer Erkrankung zeitweise Pflege brauchen. Ziel ist es, Klinikaufenthalte zu vermeiden, Liegezeiten zu verkürzen oder die ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

LEISTUNGSFÄLLE SIND LEICHT GESTIEGEN:



BREITES SPEKTRUM DER BEHANDLUNGSPFLEGE

Häusliche Krankenpflege umfasst die Behandlungspflege und in bestimmten Konstellationen auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Dahinter verbirgt sich jeweils ein breites Spektrum verordnungsfähiger Leistungen – insbesondere bei der Behandlungspflege. Hierbei übernehmen ambulante Pflegedienste Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Behandlung – zum Beispiel das Herrichten der Medikamente, die Wundversorgung oder die Kompressionsbehandlung.

GRUNDPFLEGE UND HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG

Auch die Grundpflege, zum Beispiel das Waschen und Zähne putzen, sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie einkaufen, kochen und Wäsche waschen können zur häuslichen Krankenpflege gehören, sofern der Patient selbst oder ein Angehöriger dies nicht erledigen kann. Diese Leistungen werden aber nur in bestimmten Fällen von der Krankenkasse bezahlt. Beispielsweise dann, wenn der Patient kurz nach einem Krankenhausaufenthalt Unterstützung braucht oder wenn die Krankenkasse sie in ihrer Satzung vorsieht.

KRANKENPFLEGE AUF ZEIT

Zunächst dürfen Ärzte häusliche Krankenpflege grundsätzlich nur für 14 Tage verordnen. Wenn es notwendig ist, können Folgeverordnungen auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden. Dies müssen Ärzte aber auf der Verordnung begründen.

Ist absehbar, dass mehr als sechs Monate lang Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht, kann es nötig sein, einen Pflegegrad zu beantragen. Liegt ein Pflegegrad vor, übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung die Kosten für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung – und es darf keine Verordnung ausgestellt werden. Anders ist es bei der Behandlungspflege: diese dürfen Ärzte parallel zu Leistungen der Pflegeversicherung verordnen.

Grundsätzlich gilt, dass Patienten nur dann häusliche Krankenpflege erhalten, wenn sie selbst oder Angehörige diese nicht übernehmen können. Dies müssen Patienten bei ihrer Krankenkasse bestätigen. Denn häusliche Krankenpflege ist eine antragspflichtige Leistung. Der Antrag ist Teil des Ordnungsformulars und wird vom Patienten zur Genehmigung bei der Kasse eingereicht.

NEUERUNGEN UND WEITERE VERORDNUNGSMÖGLICHKEITEN

In jüngster Zeit gab es einige Neuerungen. Hierzu gehört die Unterstützungspflege, wenn Patienten wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit – insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung – vorübergehend Hilfe im Haushalt und bei der Körperhygiene benötigen. Die Verordnung von Unterstützungspflege setzt nicht notwendigerweise die gleichzeitige oder vorherige Verordnung von Behandlungspflege voraus.

Relativ neu ist auch die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten, die seit 2017 als Behandlungspflege verordnet werden darf. Eine weitere Neuerung betrifft die Kompressionstherapie. Hier können Patienten mittlerweile auch Hilfe beim An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse I erhalten und nicht erst, wenn die Kompressionsklasse II erforderlich ist. Außerdem wurden die Verordnungsmöglichkeiten bei der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erweitert.

DAS LEISTET HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Häusliche Krankenpflege gibt es in verschiedenen Formen und Kombinationen. Sie findet in der Regel im Haushalt des Patienten statt. Die Übersicht zeigt, was häusliche Krankenpflege leisten und wo und wie lange sie stattfinden kann.

FORMEN

➤ BEHANDLUNGSPFLEGE

Sie ist die bedeutendste Form häuslicher Krankenpflege. Hierzu zählen Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die Krankheiten heilen, ihre Verschlimmerung verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern sollen und die an Pflege(fach)kräfte delegiert werden können. Das Spektrum reicht von der Medikamentengabe über die Kompressionstherapie und Wundversorgung bis hin zum Wechseln von Kathetern und Magensonden. Ebenso ist das Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern möglich.

Neu ist seit 2017, dass die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten als Behandlungspflege verordnet werden kann.

Hinweis: Eine besondere Form der Behandlungspflege ist die psychiatrische häusliche Krankenpflege. Sie kann nur bei bestimmten Indikationen für psychisch kranke Menschen verordnet werden. Näheres auf Seite 18.

➤ GRUNDPFLEGE

Hierzu gehört Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (Ernährung), bei der Körperpflege sowie bei der Ausscheidung. Die Grundpflege umfasst Leistungen, die dem Patienten die Aufrechterhaltung seiner Grundbedürfnisse ermöglichen (z. B. essen, trinken, sich waschen, an- und ausziehen oder zur Toilette gehen). Auch soll Grundpflege die krankheitsbedingten Einschränkungen mindern oder ausgleichen. Grundpflege erfolgt nur, wenn der Patient selbst oder jemand im Haushalt dazu nicht in der Lage ist, zum Beispiel weil die Kraft oder fachliche Kenntnisse fehlen.

➤ HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG

Sie umfasst Maßnahmen, die im Haushalt üblicherweise anfallen und notwendig sind, beispielsweise Lebensmittel einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Müll entsorgen oder Wäsche waschen. Auch das Besorgen notwendiger Medikamente zählt zur hauswirtschaftlichen Versorgung.

ZIELE

➤ SICHERUNGSPFLEGE

Sicherung der ambulanten medizinischen Behandlung der Patienten.

➤ UNTERSTÜTZUNGSPFLEGE

Unterstützung der Patienten bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung der Krankheit.

➤ KRANKENHAUSVERMEIDUNGSPFLEGE

Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes sofern Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

ORTE

Häusliche Krankenpflege findet grundsätzlich im Haushalt des Patienten statt. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde der Haushaltsbegriff insofern erweitert, dass häusliche Krankenpflege auch in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen sowie Arbeitsstätten durchgeführt werden kann. Unter bestimmten Voraussetzungen kann sie auch in Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe verordnet werden. Menschen, die nicht pflegebedürftig sind (§ 14 SGB XI), haben während ihres Aufenthalts in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen Anspruch darauf.

UMFANG & KOMBINATION

Welche Formen können miteinander kombiniert werden? Was schließt sich aus?

➤ **Sicherungspflege** damit die medizinische Behandlung zu Hause durchgeführt werden kann und sie somit sichergestellt ist.

➤ **Unterstützungspflege** damit der Patient bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung der Krankheit unterstützt wird, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

➤ **Krankenhausvermeidungspflege** damit ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

ZIELE

➤ **Behandlungspflege** gegebenenfalls zusätzlich
➤ **Grundpflege** und/oder **hauswirtschaftliche Versorgung** (nur wenn die Krankenkasse des Patienten es in ihrer Satzung vorsieht und der Patient keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Pflegegrad 2 bis 5 erhält; mehr zum Pflegegrad auf Seite 6).

Das heißt: Hier darf immer Behandlungspflege verordnet werden; ob die beiden anderen Formen zusätzlich verordnet werden dürfen, hängt davon ab, ob die Satzung der Krankenkasse die Leistungen umfasst und ob ein Pflegegrad vorliegt.

Beispiel: Ein Patient kann seine Medikamente nicht eigenständig einnehmen, der Pflegedienst stellt die Medikamentengabe sicher.

➤ **Grundpflege** gegebenenfalls zusätzlich
➤ **hauswirtschaftliche Versorgung**

Das heißt: Hier dürfen Grundpflege und gegebenenfalls zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung unabhängig vom Bedarf an Behandlungspflege verordnet werden, sofern der Patient keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Pflegegrad 2 bis 5 erhält (mehr zum Pflegegrad auf Seite 6).

Beispiel: Ein Patient hat beide Arme gebrochen und benötigt daher Unterstützung beim An- und Ausziehen.

➤ **Behandlungspflege** gegebenenfalls zusätzlich
➤ **Grundpflege** und/oder **hauswirtschaftliche Versorgung**

Das heißt: Alle drei Formen dürfen jeweils allein oder kombiniert verordnet werden, je nachdem, was der Patient im Krankheitsfall benötigt und nicht selbst leisten kann.

Beispiel: Eine notwendige Krankenhausbehandlung muss aufgeschoben werden, bis der alleinerziehende Patient eine Betreuung für sein Kind organisiert hat.

DIESE FORMEN DÜRFEN VERORDNET WERDEN

DAUER

ERSTVERORDNUNG FÜR 14 TAGE: Die Erstverordnung soll zunächst für maximal 14 Tage erfolgen, damit sich Ärzte zunächst von dem Erfolg der verordneten Maßnahmen vergewissern können.

FOLGEVERORDNUNG LÄNGER ALS 14 TAGE: Besteht nach 14 Tagen weiterhin Bedarf, kann der Arzt eine Folgeverordnung für eine längere Dauer ausstellen. Dies muss er auf dem Verordnungsformular begründen.

Hinweise: Die Folgeverordnung ist in den letzten drei Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen. Zudem ist die Verordnung nicht an ein Quartal gebunden. Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege und Unterstützungspflege besteht

grundsätzlich nur für vier Wochen, kann aber in begründeten Ausnahmefällen auch für einen längeren Zeitraum verordnet werden. Die Sicherungspflege in Form von Behandlungspflege ist nicht auf vier Wochen begrenzt.

Ausnahme Palliativversorgung: Werden Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Zuge einer ambulanten Palliativversorgung als Krankenhausvermeidungspflege verordnet, gilt die Begrenzung auf vier Wochen bezogen auf den gesamten Verordnungszeitraum nicht, da regelhaft von einem Ausnahmefall ausgegangen wird. Zu beachten ist aber, dass die Erst- und jede Folgeverordnung jeweils nur für 14 Tage ausgestellt werden kann. Aus der Verordnung muss hervorgehen, dass es sich um eine Palliativversorgung handelt. Eine darüber hinausgehende Begründung ist nicht erforderlich.

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE UND HÄUSLICHE PFLEGE



Zwar wird häusliche Krankenpflege (SGB V) genau wie häusliche Pflege (SGB XI) von ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Doch es gibt Unterschiede hinsichtlich Kostenträger, Zeitraum und Verfahren.

GEMEINSAMKEITEN & UNTERSCHIEDE

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

wird von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert und ist im SGB V geregelt. Sie erfolgt für eine begrenzte Zeit und wird mit Formular 12 verordnet, das vom Versicherten bei seiner Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht werden muss.

HÄUSLICHE PFLEGE

wird von der gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert und ist im SGB XI geregelt. Der Versicherte muss pflegebedürftig sein und die häusliche Krankenpflege bei seiner Pflegekasse beantragen, hierzu gibt es Formulare der jeweiligen Pflegekasse; eine Verordnung mit Formular 12 erfolgt in dem Fall nicht.

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (SGB V)

BEI PATIENTEN MIT PFLEGEGRAD

Es kommt häufig vor, dass auch Patienten mit Pflegegrad, die in ihrem eigenen Haushalt leben, häusliche Krankenpflege (SGB V) erhalten – allerdings gibt es Einschränkungen. **Häusliche Krankenpflege darf in den folgenden Formen verordnet werden:**

BEI PATIENTEN MIT PFLEGEGRAD 1



- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung

Die Verordnung von Behandlungspflege und gegebenenfalls Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung ist uneingeschränkt möglich. Für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gelten Einschränkungen (Seite 5).

BEI PATIENTEN MIT PFLEGEGRAD 2 BIS 5



- Behandlungspflege

Nur die Verordnung von Behandlungspflege ist uneingeschränkt möglich. Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung sind nur im Rahmen von Krankenhausvermeidungspflege möglich (Seite 5).

IM AUSNAHMEFALL AUCH IN PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Häusliche Krankenpflege (SGB V) kann im Ausnahmefall in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Ein Anspruch besteht für:

- Patienten, die höchstens Pflegegrad 1 haben.
- Patienten, die auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

PFLEGE ZU HAUSE ODER IN PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Auch bei Patienten mit Pflegegrad gilt, dass Ärzte häusliche Krankenpflege nur verordnen dürfen, wenn der Patient selbst oder ein Angehöriger dazu nicht in der Lage ist.

In (teil)stationären Pflegeeinrichtungen übernimmt die Behandlungspflege in der Regel das Pflegepersonal. Anders als in der ambulanten Versorgung erfolgt die Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen im Regelfall zulasten der Pflegeversicherung. Der behandelnde Vertragsarzt ordnet die notwendige Behandlungspflege an. Eine Verordnung auf Formular 12 ist in diesen Fällen nicht notwendig.



IN EINRICHTUNGEN DER BEHINDERTENHILFE

Häusliche Krankenpflege (SGB V) kann unter bestimmten Voraussetzungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden. Anspruch haben Patienten in stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. Dieser kann auch vorübergehend, beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, bestehen.

Es können nur Maßnahmen der Behandlungspflege verordnet werden, die von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal erbracht werden müssen und nicht zu den „einfachsten Maßnahmen“ der Behandlungspflege zählen. Einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind solche, die auch ein Laie ohne medizinische Vorkenntnisse und Fertigkeiten leisten könnte.

Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich mit eigenem Personal erbringen, sie sind somit in der Regel nicht zulasten der GKV verordnungsfähig. In manchen Fällen müssen selbst einfachste Maßnahmen nicht von der Einrichtung durchgeführt werden, zum Beispiel wenn in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung nicht ganztägig eine Pflegefachkraft vor Ort ist. Dann können Vertragsärzte selbst die einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege verordnen.

Hinweis: Wenn dem Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Ordnungsentscheidung keine expliziten Hinweise vorliegen, dass die Einrichtung die Maßnahmen nicht mit eigenem Personal erbringen kann, dann kann er davon ausgehen, dass die Einrichtung die einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege erbringt. Eine Verordnung erfolgt dann nicht.



STICHWORT

KINDERKRANKENPFLEGE

Um eine umfassende und den besonderen Bedürfnissen schwerstkranker und behinderter Kinder gerecht werdende Versorgung zu ermöglichen, kümmern sich ambulante Kinderkrankenpflegedienste um diese Kinder. Sie pflegen die Kinder zu Hause, aber auch in der Schule oder im Kindergarten. Die Kinder können dadurch in ihrer vertrauten Umgebung bleiben, zugleich werden die Eltern entlastet. Oftmals ist eine „Rund-um-die-Uhr-Pflege“ notwendig, die keiner allein leisten kann.

Durch die häusliche Kinderkrankenpflege kann ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden. Die Kinderkrankenpflege wird in der Regel von Kinder- und Jugendärzten verordnet. Der ambulante Pflegedienst rechnet seine Leistungen mit der Krankenkasse ab. Wird das Kind pflegebedürftig, übernimmt die Pflegekasse die Leistungen der Grundpflege entsprechend des Pflegegrads des Kindes. Die Leistungen der Behandlungspflege werden weiterhin von der Krankenkasse bezahlt.

RICHTIG VERORDNEN



Immer wieder kommen Fragen auf: Wer darf häusliche Krankenpflege verordnen? Was ist das Leistungsverzeichnis? Benötigt der Patient bei jeder Verordnung eine Genehmigung der Krankenkasse? Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten? Was gehört zu den ärztlichen Aufgaben nach der Verordnung? Wichtige Regeln und Grundlagen zur Verordnung werden in diesem Kapitel vorgestellt. Zudem enthält es Hinweise zum Ausfüllen des Formulars und Beispiele aus der Praxis.

WICHTIGE REGELN UND GRUNDLAGEN



Grundlage für die Verordnung ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie regelt neben der Dauer und Häufigkeit der Verordnung unter anderem auch, welche Ärzte verordnen dürfen. Auch die Zusammenarbeit mit Pflegediensten und dass die Genehmigung der Krankenkasse benötigt wird, ist festgelegt. Zudem enthält die Richtlinie ein Leistungsverzeichnis, das alle verordnungsfähigen Maßnahmen auflistet.

VERORDNUNG DURCH VERTRAGSÄRZTE

Jeder Vertragsarzt darf häusliche Krankenpflege verordnen. Dabei ist zu entscheiden, welches Ziel mit der häuslichen Krankenpflege erreicht werden soll, zum Beispiel die Sicherung des ärztlichen Behandlungserfolges, und welche Maßnahmen dazu notwendig sind.

Einschränkung bei Patienten, die psychiatrischer häuslicher Krankenpflege bedürfen: Die psychiatrische häusliche Krankenpflege dürfen nur bestimmte Fachgruppen verordnen, zum Beispiel Neurologen oder Psychiater. Näheres auf Seite 18.

➤ ZUSAMMENARBEIT MIT PFLGEDIENST UND KOORDINATION

Zu den Aufgaben des verordnenden Vertragsarztes gehört, dass er mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse des Patienten zusammenwirkt. Die Koordination der Zusammenarbeit liegt stets beim behandelnden Vertragsarzt.

➤ INFORMATION DES PFLGEDIENSTES UND ERFOLGSKONTROLLE

Der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde. Bei Hausbesuchen soll er die Pflegedokumentation einsehen, für Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken. Er ist verpflichtet, sich vom Erfolg der verordneten Leistungen zu vergewissern. Bei Bedarf passt der Arzt die Verordnung an oder stellt eine Folgeverordnung aus.

Der Pflegedienst berichtet dem behandelnden Vertragsarzt über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation und der Arzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

ENTLASSMANAGEMENT: VERORDNUNG DURCH KRANKENHAUSÄRZTE

Wenn Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht in der Lage sind, beispielsweise eine Wunde zu pflegen oder sich zu waschen, können Krankenhausärzte häusliche Krankenpflege verordnen. Dies ist im Entlassmanagement für bis zu sieben Kalendertage möglich. Über seine Verordnung informiert der Krankenhausarzt rechtzeitig den weiterbehandelnden Vertragsarzt. Damit werden mögliche Versorgungslücken nach einem Krankenhausaufenthalt geschlossen.

➤ ENTLASSBRIEF VOM KRANKENHAUS

Das Krankenhaus übermittelt dem weiterbehandelnden Vertragsarzt einen Entlassbrief mit allen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung relevanten Informationen. Der Vertragsarzt entscheidet dann, ob weiterhin häusliche Krankenpflege erforderlich ist und verordnet diese entsprechend.

VERORDNUNG AUF FORMULAR 12

Das Formular besteht aus vier Seiten: Ärzte müssen nur die erste Seite ausfüllen. Besondere Hinweise an den Pflegedienst oder ausführliche Bemerkungen können sie gesondert beifügen und vermerken dies auf dem Formular. Die zweite Seite enthält den eigentlichen Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege bei seiner Krankenkasse. Dort sind Angaben des Patienten nötig sowie des Pflegedienstes, sofern dieser bereits beauftragt wurde. Die dritte und vierte Seite des Formulars sind Durchschläge der ersten Seite für den Arzt und für den Pflegedienst.

Näheres zum Ausfüllen des Formulars lesen Sie auf Seite 12.

➤ LEISTUNGSVERZEICHNIS

Ob Behandlungspflege, Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung – für jede Form gibt es verschiedene Leistungen, die Ärzte verordnen können. Sie alle sind in einem Leistungsverzeichnis aufgeführt, einer Anlage der Richtlinie des G-BA zur häuslichen Krankenpflege.

Das Verzeichnis umfasst etwa 30 Seiten. Jede Leistung ist dort mit einer Nummer gelistet. Der erste Teil des Verzeichnisses enthält die Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

(Nr. 1 bis 5), der zweite Teil die Leistungen der Behandlungspflege (Nr. 6 bis 31). Auf Formular 12 sind bereits häufige Leistungen aufgeführt, sodass Ärzte diese nicht erst aus dem Verzeichnis herausuchen müssen. Leistungen, die nicht auf dem Formular stehen, schreiben Ärzte auf das Formular – entweder in Worten oder als Nummer.

Beispiele:

Nr. 10 = Blutdruckmessung

Nr. 22 = Versorgung eines suprapubischen Katheters

Nr. 25 = Legen und Wechseln einer Magensonde

Näheres zur Leistung können Ärzte im Freitextfeld auf dem Formular angeben. Hinweise für den Pflegedienst können Ärzte auch per Beiblatt beifügen und dies auf dem Formular vermerken.

Beispiel:

Nr. 26a = Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose

Beispielhafte Anmerkung:
Beim täglichen Wechseln der Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, unbedingt auch die Bettwäsche austauschen.

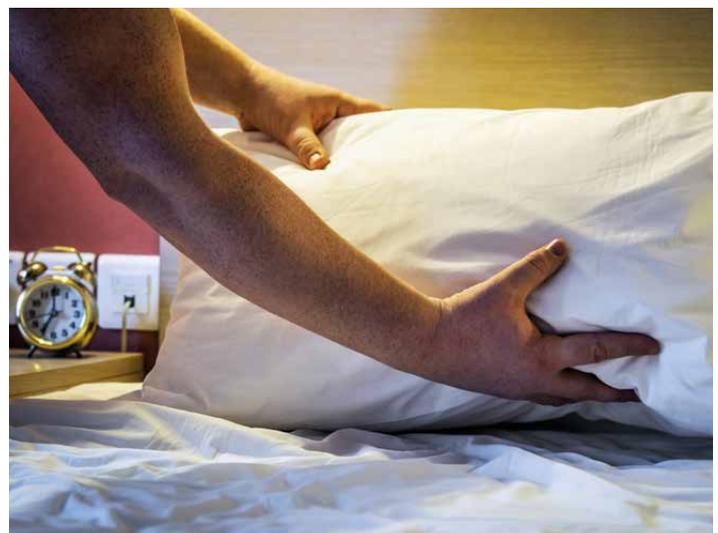
➤ EMPFEHLUNGEN FÜR DEN REGELFALL

Zu einigen Leistungen enthält das Leistungsverzeichnis konkrete Angaben zur Dauer und Häufigkeit der Verordnung. Zudem ist aufgelistet, welche Einschränkungen des Patienten vorliegen müssen, damit eine Verordnung erfolgen darf. Hierbei handelt es sich um Empfehlungen für den Regelfall. In begründeten Fällen können Ärzte davon abweichen, zum Beispiel aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes oder der individuellen Fähigkeiten ihres Patienten. Insbesondere bei der Krankenpflege von Kindern kann es erforderlich sein, die Maßnahmen schrittweise zu vermitteln und häufiger zu wiederholen.



➤ Das komplette Leistungsverzeichnis finden Sie in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege: www.g-ba.de / Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

Formular 12



GENEHMIGUNG DURCH DIE KRANKENKASSE

Jede Verordnung muss zunächst bei der Krankenkasse des Patienten zur Genehmigung vorgelegt werden. Diese kann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen, die verordneten Maßnahmen zu prüfen.

➤ ABLEHNUNG MUSS BEGRÜNDET WERDEN

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder teilweise genehmigt, muss die Krankenkasse dem Vertragsarzt die Gründe mitteilen. Beispielsweise darf häusliche Krankenpflege nur genehmigt werden, wenn sie nicht vom Versicherten oder jemandem im Haushalt durchgeführt werden kann. Erhält der Patient etwa Leistungen der Pflegeversicherung, darf die Krankenkasse keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sicherungspflege finanzieren. Auch kann sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur dann als Sicherungspflege genehmigen, wenn ihre Satzung dies vorsieht.

➤ KOSTENÜBERNAHME BIS ZUR ENTSCHEIDUNG

Die Krankenkasse übernimmt bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen. Voraussetzung ist, dass die Verordnung der Krankenkasse spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Arbeitstage: Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vorgelegt wird.

➤ GENEHMIGUNG

Genehmigt die Kasse die Verordnung, teilt sie dies ihrem Versicherten mit. Dies gilt für die Erstverordnung und bei Folgeverordnungen, die ebenfalls zur Genehmigung eingereicht werden müssen.

AUFGABEN DES PFLEGEDIENSTES

Der ambulante Pflegedienst übernimmt die häusliche Krankenpflege nach den Vorgaben des Arztes. Bei der Umsetzung berücksichtigt der Pflegedienst die individuellen Bedürfnisse des Patienten und spricht zum Beispiel ab, zu welcher Uhrzeit die Pflegefachkraft kommt und was konkret durchgeführt wird.

➤ INFORMATION DES VERTRAGSARZTES

Die Pflegefachkraft muss den Vertragsarzt informieren, wenn sich der Gesundheitszustand des Patienten verändert oder etwas nicht so klappt wie vorgesehen. Die Pflegefachkraft teilt dem Arzt auch mit, wenn sich die Lebenssituation ändert und die Verordnung deshalb gegebenenfalls anzupassen ist.

➤ BEACHTUNG DES WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOTES

Verordnungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach Paragraph 12 SGB V. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das notwendige Maß nicht überschreiten. Vor dem Hintergrund könnten Krankenkassen Einzelfallprüfanträge stellen. Da es sich bei der Krankenpflege um genehmigungspflichtige Leistungen handelt, können Verordnungen nur dann in Wirtschaftlichkeitsprüfungen einbezogen werden, wenn die Krankenkasse insgesamt begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens eines Arztes im Bereich häusliche Krankenpflege hat.

➤ ZUZAHLUNG DURCH PATIENTEN

In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung müssen sich Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einem festgelegten Prozentsatz an den Gesamtkosten beteiligen, auch bei der häuslichen Krankenpflege. Sofern der Patient nicht von der gesetzlichen Zuzahlungspflicht befreit ist, zahlt er pro Kalendertag, an dem häusliche Krankenpflege stattfindet, einen Eigenanteil in Höhe von zehn Prozent der tatsächlichen Kosten, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro.

➤ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

GOP 01420 für häusliche Krankenpflege

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege wird über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01420 „Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß den Richtlinien des G-BA“ abgerechnet. Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und mit 94 Punkten bewertet, was aktuell rund 10 Euro entspricht. Für Hausärzte und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ist die GOP 01420 jedoch nicht gesondert berechnungsfähig, denn die Leistung ist bereits in der hausärztlichen sowie pädiatrischen Versichertenpauschale enthalten.

GOP 01422 und GOP 01424 bei psychisch kranken Patienten

Für die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist die GOP 01422 berechnungsfähig (einmal im Behandlungsfall, Bewertung 149 Punkte, entspricht aktuell rund 16,13 Euro). Für die Folgeverordnung kann die GOP 01424 abgerechnet werden (höchstens zweimal im Behandlungsfall, Bewertung 154 Punkte, entspricht aktuell rund 16,67 Euro). Auch diese beiden GOP sind für Hausärzte sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin nicht gesondert berechnungsfähig, da die Leistungen bereits in den Versichertenpauschalen enthalten sind.

SO WIRD VERORDNET

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

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

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall

vom [] bis []

1

Hier tragen Sie ordnungsrelevante Diagnosen sowie eine kurze Begründung ein, aufgrund welcher Einschränkungen häusliche Krankenpflege erforderlich ist. Sie kreuzen an, ob es sich um eine Erst- oder Folgeverordnung handelt und ob ein Unfall vorliegt. Zudem tragen Sie die Dauer der Verordnung ein.

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

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

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

Blutzuckermessung

Kompressionsbehandlung

Wundversorgung, Präparate

Dekubitusbehandlung

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

Anzahl

2

Hier verordnen Sie Behandlungspflege. Häufige Leistungen sind bereits aufgeführt und können angekreuzt werden: Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Kompressionsbehandlung, Wundversorgung. Weitere Leistungen finden Sie im Leistungsverzeichnis. Sie geben diese im Freitextfeld „Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege“ an – entweder in Worten oder als Leistungsziffer aus dem Verzeichnis. Im Freitextfeld können Sie angeben, worauf der ambulante Pflegedienst besonders achten soll. Wenn die Dauer einer einzelnen Leistung von der Gesamt-Verordnungsdauer abweicht, tragen Sie bitte das abweichende Datum ein.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsschlusssiegel / Unterschrift des Arztes

Muster 12b (10/2017)

3

Hier verordnen Sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Dies ist möglich als Unterstützungspflege oder Krankenhausvermeidungspflege und nur wenn es die Kassensatzung vorsieht auch als Sicherungspflege.

STICHWORT

SATZUNGSLEISTUNGEN:

Dies sind Leistungen, die Krankenkassen ihren Versicherten zusätzlich anbieten können, ein gesetzlicher Anspruch besteht nicht. Art, Dauer und Umfang der Leistungen legt die Krankenkasse in ihrer Satzung fest, daher der Name: Satzungsleistungen.

DAS IST BEIM ANKREUZEN ZU BEACHTEN

UNTERSTÜTZUNGSPFLEGE

- Unterstützungspflege
 Krankenhausvermeidungspflege

- Grundpflege
 hauswirtschaftliche Versorgung
 (bei Bedarf und nur wenn Grundpflege angekreuzt wurde)

KRANKENHAUSVERMEIDUNGSPFLEGE

- Unterstützungspflege
 Krankenhausvermeidungspflege

- Grundpflege und/oder
 hauswirtschaftliche Versorgung

SICHERUNGSPFLEGE

- Unterstützungspflege
 Krankenhausvermeidungspflege

- Grundpflege und/oder
 hauswirtschaftliche Versorgung

Sie kreuzen Unterstützungspflege an, wenn Ihr Patient zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer akuten Verschlimmerung einer Erkrankung Unterstützungsbedarf hat. Anschließend kreuzen Sie Grundpflege an oder Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Hauswirtschaftliche Versorgung allein ist keine Unterstützungspflege.

Hinweis: Bei ausschließlichem Bedarf an Hilfe im Haushalt kann der Patient unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragen. Eine Verordnung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erfolgt nicht.

Hier setzen Sie das Kreuz, wenn mit der Krankenpflege ein ansonsten notwendiger Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann. Sie kreuzen außerdem an, ob Ihr Patient Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung oder beides benötigt.

Sofern weder Unterstützungspflege noch Krankenhausvermeidungspflege angekreuzt wird, ist die Verordnung als Sicherungspflege zu verstehen. Dabei ist die Verordnung von Maßnahmen der Behandlungspflege obligatorisch. Sofern in dem Zusammenhang auch Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung erforderlich wird, sollten Patienten zunächst bei ihrer Krankenkasse nachfragen, ob diese Satzungsleistungen sind (siehe Stichwort „Satzungsleistungen“). Zur Verordnung lassen Sie die oberen Kästchen frei und kreuzen nur Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung an.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

- Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1b) SGB V
 Grundpflege
 hauswirtschaftliche Versorgung

HINWEISE ZUR VERORDNUNG VON ARZNEI-, HILFS- UND HEILMITTELN

Medikamente:

FORMULAR 12:

Wird „Medikamentengabe“ als häusliche Krankenpflege verordnet, müssen auf Formular 12 die einzelnen Präparate sowie die dazugehörige Dauer und Häufigkeit angegeben werden. Informationen wie Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme oder sonstige Einnahmenvorgaben (z. B. vor dem Essen) können durch einen Medikationsplan an den Pflegedienst übermittelt werden.

FORMULAR 16:

Die Medikamente selbst werden auf Formular 16 verordnet.

Hilfsmittel / Heilmittel:

Wenn Patienten neben häuslicher Krankenpflege auch Hilfsmittel wie Kompressionsstrümpfe oder Heilmittel (z. B. Physiotherapie) benötigen, werden diese gesondert verordnet:

FORMULAR 16: Hilfsmittel

FORMULAR 13: Physiotherapie

FORMULAR 14: Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

FORMULAR 18: Ergotherapie oder Ernährungstherapie

RÜCKWIRKENDE VERORDNUNGEN

Sie sind nur in Ausnahmefällen möglich und müssen vom Arzt besonders begründet werden. Dies kann zum Beispiel nach einem Feiertag der Fall sein, an dem keine Verordnung ausgestellt werden konnte.

BEISPIELE AUS DER PRAXIS



FALLDARSTELLUNG

➤ Ein 85-Jähriger lebt allein und konnte sich bisher gut versorgen. Nun vergisst er öfter seine Medikamente einzunehmen oder weiß nicht, ob er sie genommen hat. Wegen Arthrose in den Händen kann er die Tabletten schlecht aus der Packung nehmen. Die Tabletten sind medizinisch jedoch essentiell, da er an koronarer Herzkrankheit (KHK), Bluthochdruck und Arthrose leidet. Zudem hat er eine chronisch-venöse Insuffizienz (CVI) und muss täglich Kompressionsstrümpfe tragen. Beim An- und Ausziehen und bei der Körperpflege braucht er Hilfe. Der einzige Verwandte ist sein Neffe im Nachbarort, der ganztätig berufstätig ist. Er kommt regelmäßig, hilft beim Einkaufen und im Haushalt. Am Wochenende kann er die Medikamentengabe sowie das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe übernehmen.

BEGRÜNDUNG DER VERORDNUNG

➤ Aufgrund der nachgewiesenen Vergesslichkeit und Gebrechlichkeit infolge der Herz- und Gelenkerkrankungen ist seine Selbständigkeit zunehmend eingeschränkt. Damit er zu Hause bleiben kann und die Medikation, die Kompressionstherapie sowie die Körperpflege gewährleistet sind, kann häusliche Krankenpflege verordnet werden (Sicherungspflege).

FAZIT

➤ Für die Medikamentengabe sind die zu verabreichenden Arzneimittel einschließlich Dauer und Häufigkeit der Verabreichung auf der Verordnung anzugeben oder es ist ein Medikationsplan mitzugeben. Auch die beidseitige Kompressionstherapie (An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe) und die Körperpflege, die unter Grundpflege anzugeben ist, können verordnet werden. Die Körperpflege kann deshalb verordnet werden, weil die Krankenkasse laut ihrer Satzung auch Maßnahmen der Grundpflege erstattet.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12	
Name, Vorname des Versicherten geb. am		Verordnungsrelevante Diagnose(n) #ICD-10-Codem I25.19 I10.90 I83.9	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)	
Behrbezugs-Nr. Arzt-Nr. Datum		An- und Ausziehen aufgrund Arthrose nicht möglich/ wegen Vergesslichkeit kommt es zu unterlassener oder falscher Medikamenteneinnahme	
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall		vom 011018 bis 141018	
Behandlungspflege			
Medikamentengabe, Präparate Metoprolol 50 mg (1-0-1), Ramipril 5 mg (1-0-1), ASS 100 (1-0-0)		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung	
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan		Häufigkeit Dauer tgl. wtl. mtl. vom bis 2 5	
Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensiver Insulintherapie			
Kompressionsbehandlung <input checked="" type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input checked="" type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art		rechts links beidseits <input checked="" type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen 1 5	
Wundversorgung, Präparate			
Lokalisation aktuelle Größe aktueller Grad			
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung <input type="checkbox"/> andere Wundverbände			
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege			
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)		Anzahl	
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung			
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausesvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input checked="" type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung		Häufigkeit Dauer tgl. wtl. mtl. vom bis 1	
Weitere Hinweise Körperpflege			
Ausfertigung für die Krankenkasse			

1.

MEDIKAMENTENGABE,
KOMPRESSIONSTHERAPIE
UND KÖRPERPFLEGE
IM RAHMEN DER
SICHERUNGSPFLEGE



2. SYMPTOMKONTROLLE BEI PALLIATIVPATIENTIN IM RAHMEN DER SICHERUNGS- PFLEGE

FALLDARSTELLUNG

➤ Eine 63-Jährige hat Brustkrebs im Endstadium. Sie war aufgrund eines Rezidivs längere Zeit im Krankenhaus und möchte nun ihren Lebensabend möglichst selbstbestimmt zu Hause verbringen. Der Ehemann und die Tochter übernehmen die Grundpflege. In die Versorgung sind zudem ihr Onkologe und ein Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Team) involviert, letzteres jedoch nur beratend. Die Patientin hat starke Schmerzen und erhält zweimal täglich eine subkutan verabreichte Morphininjektion.

BEGRÜNDUNG DER VERORDNUNG

➤ Nur aufgrund der regelmäßigen Symptomkontrolle durch den Pflegedienst kann die Patientin zu Hause bleiben (Sicherungspflege). Aufgabe des Pflegedienstes ist es insbesondere, die Schmerzsymptomatik und die gastroenterologischen und pulmonalen Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Atemnot) zu kontrollieren.

FAZIT

➤ Da das SAPV-Team nur beratend tätig ist und keine palliativpflegerische Teil- oder Vollversorgung leistet, und weil die unregelmäßig auftretenden Symptome kontrolliert werden müssen, sind die Voraussetzungen für die Verordnung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatientin / 24a“ gegeben. Die Leistung ist auf dem Formular unter „Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege“ anzugeben. Zudem sind alle Informationen aufzuführen, die der Pflegedienst für die Medikamentengabe braucht.

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung häuslicher Krankenpflege 12
Name, Vorname des Versicherten geb. am	Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) C50.2 C79.5 C78.7 C78.0
Kostenziffernkennung Versicherten-Nr. Status	Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Verbleib in der Häuslichkeit am Lebendende/Palliativpatientin
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input checked="" type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall	vom 011018 bis 281018
Behandlungspflege	
Medikamentengabe, Präparate Morphin gemäß schriftl.	<small>Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung</small>
Anweisung	Häufigkeit Dauer
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox	tgl. wtl. mtl. vom bis
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe	
<input checked="" type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input checked="" type="checkbox"/> subkutan	2
Blutzuckermessung	
<input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)	
<input type="checkbox"/> bei intensiver Insulintherapie	
Kompressionsbehandlung	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen
<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen	<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen
<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art	
Wundversorgung, Präparate	
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	Lokalisation aktuelle Größe aktueller Grad
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände	
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege	
Symptomkontrolle bei Palliativpatienten 24a	2
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)	Anzahl
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Häufigkeit Dauer
<input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V	tgl. wtl. mtl. vom bis
<input type="checkbox"/> Grundpflege	
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung	
Weitere Hinweise	
Ausfertigung für die Krankenkasse	<small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>

3.

WUNDVERSORGUNG (BEHANDLUNGSPFLEGE) IM RAHMEN DER SICHERUNGSPFLEGE



Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12	
Name, Vorname des Versicherten		Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)	
geb. am		E14.74 I10.90 E78.2	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Fersenulcus	
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input checked="" type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall		vom 011018 bis 281018	
Behandlungspflege			
Medikamentengabe, Präparate		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung	
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox		Häufigkeit Dauer	
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe		tgl. wtl. mtl. vom bis	
<input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan			
Blutzuckermessung			
<input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)		<input type="checkbox"/> bei intensiver Insulintherapie	
Kompressionsbehandlung			
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen		<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits	
<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen		<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen	
<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art		<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen	
Wundversorgung, Präparate Dracofoam und Verband			
Lokalisation		aktuelle Größe aktueller Grad	
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung			
<input checked="" type="checkbox"/> andere Wundverbände re Fuß		2x3 cm 3	
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege			
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)			
Anzahl			
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung			
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V		Häufigkeit Dauer	
<input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V		tgl. wtl. mtl. vom bis	
<input type="checkbox"/> Grundpflege			
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung			
Weitere Hinweise			
Ausfertigung für die Krankenkasse		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Muster 12a (10/2017)			

FALLDARSTELLUNG

➤ Eine 74-Jährige hat Diabetes mellitus Typ 2 und ist adipös. Sie misst ihren Blutzucker eigenständig und spritzt sich das Insulin selbst. Seit kurzem hat sie ein diabetisches Fußsyndrom am rechten Fuß (Grad 2 nach Wagner-Klassifikation). Der Fuß muss nun regelmäßig verbunden werden. Die Patientin bewegt sich mit Rollator durch ihre Wohnung. Sie ist jedoch unsicher aufgrund der Sensibilitätsstörung an den Füßen und fürchtet, zu stürzen. Ihr Sohn wohnt 500 Kilometer entfernt und auch ihr Mann kann sich nicht um sie kümmern.

BEGRÜNDUNG DER VERORDNUNG

➤ Aufgrund der erschwerten Mobilität durch die Sensibilitätsstörung und des diabetischen Fußsyndroms rechts besteht eine zunehmende Einschränkung der Selbständigkeit. Um ihre Wundversorgung zu gewährleisten, ist die Verordnung von häuslicher Krankenpflege notwendig. Ziel der Verordnung ist eine gute Wundheilung.

FAZIT

➤ Die Voraussetzung für eine Behandlungspflege (Wundversorgung) ist gegeben. Auf dem Formular sind die Lokalisation, die aktuelle Größe der Wunde und die Art der Behandlung, das heißt wie und womit die Wunde versorgt werden soll, unter „Wundversorgung, Präparate“ anzugeben.



FALLDARSTELLUNG

➤ Eine 35-Jährige, die allein lebt, hat sich bei einem Sportunfall die rechte Hand und den rechten Fuß gebrochen. Sie ist Rechtshänderin und kann sich daher nicht selbst versorgen. Sie kann zwar allein essen, benötigt aber Unterstützung unter anderem beim Anziehen, Waschen und Einkaufen.

BEGRÜNDUNG DER VERORDNUNG

➤ Aufgrund der gebrochenen Hand und des gebrochenen Fußes kann die Patientin sich nicht allein an- und ausziehen, waschen und einkaufen gehen. Sie benötigt Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

FAZIT

➤ Die Voraussetzungen für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sind gegeben. Beides ist auf dem Formular anzugeben. Zudem sind die erforderlichen Maßnahmen zu benennen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12	
Name, Vorname des Versicherten		Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)	
geb. am		S62.30 S82.81	
Kostenträgerkennung		Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)	
Versicherten-Nr.		Pat. ist nicht gehfähig/Einschränkung bei der Haushaltsführung	
Status			
Berufsstätten-Nr.			
Arzt-Nr.			
Datum		vom 011018 bis 141018	
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung		<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	
<input checked="" type="checkbox"/> Unfall			
Behandlungspflege			
Medikamentengabe, Präparate		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung	
		Häufigkeit Dauer	
		tgl. wtl. mtl. vom bis	
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox			
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe			
<input type="checkbox"/> Injektionen		<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan	
Blutzuckermessung			
<input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)		<input type="checkbox"/> bei intensiver Insulintherapie	
Kompressionsbehandlung			
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen		<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits	
<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen		<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen	
		<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen	
<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art			
Wundversorgung, Präparate			
Lokalisation		aktuelle Größe aktueller Grad	
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung			
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände			
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege			
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)		Anzahl	
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung			
<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V		Häufigkeit Dauer	
<input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V		tgl. wtl. mtl. vom bis	
<input checked="" type="checkbox"/> Grundpflege		2	
<input checked="" type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung		1	
Weitere Hinweise			
Hilfe bei der Körperpflege und beim Anziehen/Hilfe im Haushalt			
Ausfertigung für die Krankenkasse			
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			
Muster 12a (10.2017)			

4.

GRUNDPFLEGE UND
HAUSWIRTSCHAFTLICHE
VERSORGUNG
IM RAHMEN DER
UNTERSTÜTZUNGS-
PFLEGE

VERORDNUNG PSYCHIATRISCHER KRANKENPFLEGE

Psychisch kranke Menschen benötigen mitunter eine besondere Form der häuslichen Krankenpflege. Diese dient vornehmlich dazu, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Gerade für schwer psychisch kranke Patienten ist es wichtig, dass sie in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben können und besondere Anleitung erhalten, um ihr Leben so gut wie möglich selbst zu gestalten.

DIESE ÄRZTE DÜRFEN VERORDNEN

Um eine gesicherte und fachgerechte Behandlung zu ermöglichen, dürfen nur bestimmte Facharztgruppen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verordnen:

Fachärzte für Nervenheilkunde / Neurologie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Psychiatrie und Psychotherapie / Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen nach Paragraf 118 SGB V

Hausärzte und auch Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie: Sie dürfen für einen begrenzten Zeitraum von bis zu sechs Wochen psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen, sofern eine fachärztlich gesicherte Diagnose vorliegt, die nicht älter als vier Monate ist.

Ziel der Verordnungsmöglichkeit durch Hausärzte ist es, psychisch erkrankte Menschen mithilfe eines psychiatrischen Pflorgeteams, insbesondere auch zur Überbrückung nach einem stationären Aufenthalt, zügig in die fachärztliche Behandlung überleiten zu können.

SOZIOThERAPIE

Soziotherapie ist ein Hilfsangebot, das Ärzte und Psychotherapeuten psychisch schwer erkrankten Menschen verordnen dürfen. Alles Wichtige dazu bietet die Broschüre „PraxisWissen Soziotherapie“. Sie kann kostenlos bei der KBV bestellt werden: www.kbv.de/838223

NUR BEI PSYCHISCH KRANKEN

Psychiatrische häusliche Krankenpflege kann bei psychisch kranken Patienten nur verordnet werden, wenn die krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen so stark sind, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann.

ANSPRUCH BEI DIESEN INDIKATIONEN

Die Liste der Regelindikationen, bei denen Patienten Anspruch auf psychiatrische häusliche Krankenpflege haben, beispielsweise Schizophrenie und bipolare Störungen, wurde erweitert. Neu sind seit April 2019:

- F05.1 Delir bei Demenz
- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen
- F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- F53.1 Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Zudem besteht für alle ICD-10-GM-Diagnosen aus dem Indikationsbereich F00 – F99 eine Verordnungsmöglichkeit, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Dazu gehört ein bestimmter GAF-Wert.



➔ Die komplette Liste der Regelindikationen finden Sie in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege: [www.g-ba.de / Häusliche Krankenpflege-Richtlinie / Leistungsverzeichnis / Nr. 27a](http://www.g-ba.de/Hauesliche-Krankenpflege-Richtlinie/Leistungsverzeichnis/Nr.27a)

GAF-WERT BEI VERORDNUNG

Ärzte müssen die GAF-Skala zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität (Fähigkeitsstörungen) heranziehen und den GAF-Wert auf der Verordnung angeben. Die „Global Assessment of Functioning Scale“, kurz: GAF-Skala, ist die international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung des psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus von psychisch erkrankten Menschen.

DIESE GAF-WERTE GELTEN

Die Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege kann aufgrund von Regelindikationen nur bei einem **GAF-Wert ≤ 50** erfolgen.

Neben den Regelindikationen kann für psychisch schwer Erkrankte aus dem Diagnosebereich F00 bis F99 psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnet werden wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: **GAF-Wert ≤ 40 ...**

und es liegen Fähigkeitsstörungen in einem Maß vor, in dem das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann (GAF-Wert ≤ 40),

und es besteht eine ausreichende Behandlungsfähigkeit, um im Pflegeprozess die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflussen zu können. Es ist zu erwarten, dass die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreicht werden können,

und es ist absehbar, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege dazu beitragen kann, dass der Patient das Leben im Alltag selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen kann.

➤ Kann der verordnende Arzt nicht einschätzen, ob der Patient über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflussen zu können und das Therapieziel zu erreichen, ist die Dauer der Erstverordnung auf 14 Tage zu beschränken. In diesen 14 Tagen soll eingeschätzt werden, ob die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und der Beziehungsaufbau generell möglich sind. Sofern dies in dieser Zeit nicht abschließend möglich ist, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden.

HÄUFIGKEIT UND DAUER

Grundsätzlich hängt die Verordnungsdauer vom Einzelfall und von dem individuellen Bedarf ab.

Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu vier Monaten bedarf grundsätzlich keiner weiteren Begründung. Darüberhinaus müssen die Notwendigkeit dieser Verlängerung und die zu erwartenden Verbesserungen der Fähigkeitsstörungen begründet werden.

Wichtig: Psychiatrische häusliche Krankenpflege ist nicht dazu gedacht, eine dauerhafte Begleitung oder Versorgung zu gewährleisten.

BEHANDLUNGSPLAN ERSTELLEN UND BEIFÜGEN

Zur Verordnung geben Ärzte auf Formular 12 die verordnungsrelevanten Diagnosen an. Die Leistung selbst ist im Bereich Behandlungspflege mit der Nr. 27a oder als „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ anzugeben.

Der Verordnung muss ein Behandlungsplan beigelegt werden, den der verordnende Arzt erstellt. Dieser Behandlungsplan muss die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen, -frequenzen und -dauer) enthalten und der Krankenkasse zusammen mit der Verordnung zur Genehmigung vorgelegt werden.



FALLDARSTELLUNG

➤ Bei einer 55-jährigen wurde Schizophrenie mit chronischem Wahn diagnostiziert (F 20.0). Sie hat Vergiftungsideen entwickelt und mehrfach die Nahrungsaufnahme verweigert, sodass ihr Sohn sie in desolatem Zustand in die Klinik einweisen ließ. Zudem berichtete sie von Gedankeneingebungen durch einen Guru. Dessen Aufforderungen folgend, hat sie in kurzer Zeit ihr gesamtes Geld ausgegeben und konnte schließlich keine Lebensmittel mehr kaufen. Termine zur Verabreichung der Depot-Medikation nahm sie nicht selbständig wahr. Nach längerem Klinikaufenthalt soll sie nach Hause entlassen werden.

BEGRÜNDUNG DER VERORDNUNG

➤ Es besteht ein mangelhafter Realitätsbezug, die Tagesstrukturierung fehlt und es gibt Verwahrlosungstendenzen. Ziele der Verordnung sind das Erkennen und Überwinden der aktuellen Krise, das Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen, die Vermeidung erneuter Krankenhauseinweisung sowie der Verbleib in der häuslichen Umgebung.

FAZIT

➤ Die Voraussetzungen für die Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege sind erfüllt. Es werden sechs Einheiten pro Woche verordnet. Im Vordergrund steht das Kennenlernen der Patientin und der Vertrauens- und Beziehungsaufbau zur Pflegefachkraft. Darüber hinaus ist ein Behandlungsplan zu erstellen. Dieser muss zusammen mit der Verordnung zur Genehmigung bei der Krankenkasse eingereicht werden.

5.

PATIENTIN MIT
PARANOIDER
SCHIZOPHRENIE
PSYCHIATRISCHE
HÄUSLICHE
KRANKEN-
PFLEGE

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 0.8em;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right; font-size: 0.8em;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenübernehmer</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall </td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenübernehmer	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="font-weight: bold; font-size: 0.9em;">Verordnung häuslicher Krankenpflege</td> <td style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">12</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 0.8em;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">F 20.0</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 0.8em;">Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">insbesondere mangelhafter Realitätsbezug/ fehlende Tagesstruktur/Verwahrlosungstendenzen</td> </tr> <tr> <td colspan="2">vom 0 1 1 0 1 8</td> <td>bis 2 8 1 0 1 8</td> </tr> </table>	Verordnung häuslicher Krankenpflege		12	Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)			F 20.0			Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)			insbesondere mangelhafter Realitätsbezug/ fehlende Tagesstruktur/Verwahrlosungstendenzen			vom 0 1 1 0 1 8		bis 2 8 1 0 1 8
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																
Kostenübernehmer	Versicherten-Nr.	Status																																
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall																																		
Verordnung häuslicher Krankenpflege		12																																
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)																																		
F 20.0																																		
Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)																																		
insbesondere mangelhafter Realitätsbezug/ fehlende Tagesstruktur/Verwahrlosungstendenzen																																		
vom 0 1 1 0 1 8		bis 2 8 1 0 1 8																																
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung																																
psychiatrische häusliche Krankenpflege (6 Einheiten pro Woche)	Häufigkeit	Dauer																																
	2 3																																	

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Abteilung Veranlasste Leistungen;

Dezernat Kommunikation

Gestaltung: www.malzwei.de

Druck: www.kohlhammerdruck.de

Fotos: © Fotolia: juefraphoto; iStock: Dean Mitchell,
DoroO, FatCamera, Fotografixx, Halfpoint, Katarzyna
Bialasiewicz, monkeybusinessimages, sturti

Stand: April 2019

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine
Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind
selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.