

Ausfüllanleitung

Anlage 1 - Änderungsantrag nach § 37 Abs. 8 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		Geb. am
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
IK Pflegedienst	Beschäftigtennummer	Datum

Verordnungsdatum

Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse

Arztnummer

Betriebsstättennummer

Genehmigte Maßnahmen	Abweichende Dauer (TTMMJJ)		Abweichende Häufigkeit		
	von	bis	täglich	wöchentlich	monatlich
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kompressionsverband anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsverband abnehmen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Behandlungspflege <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Differenzierung zw. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Begründung für die Änderung/en

Datum

Stempel und Unterschrift Pflegefachkraft

nach § 2a Abs. 1 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V

Datum

Unterschrift Versicherte(r)

Hinweise zum Ausfüllen des Änderungsantrags nach § 37 Abs. 8 SGB V

(Stand April 2024)

Vorbemerkungen

- Bei nachträglichen Änderungen in der häuslichen Pflegesituation während **eines laufenden Genehmigungszeitraumes**, aus denen sich **ausschließlich Änderungen in der Dauer und Häufigkeit von bereits verordneten und genehmigten Maßnahmen** ergeben, entscheidet die dazu qualifizierte Pflegefachkraft über die künftige Dauer und Häufigkeit unter Verwendung des vorstehenden Formulars.
- Auch hierbei gilt, dass die Leistungserbringer hinsichtlich der Entscheidung über die Dauer und Häufigkeit die Verantwortung für eine auf den notwendigen medizinischen Umfang begrenzte Angabe, zur Erreichung des therapeutischen Ziels tragen.
- Der Leistungserbringer legt das ausgefüllte Formular unverzüglich der Krankenkasse zur Genehmigung vor und ist in diesen Fällen verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu informieren.
- Die von der Pflegefachkraft auf der ursprünglichen Verordnung angegebene Dauer der Maßnahme kann im Zeitraum von 12 Monaten auf der Anlage 1 nur einmal verlängert und deren Häufigkeit nur zweimal erhöht werden; eine darüberhinausgehende Verlängerung oder Erhöhung bedarf einer neuen vertragsärztlichen Verordnung. Die Verlängerung ist im Sinne eines Höchstbezugszeitraumes auf eine Leistungsdauer der ursprünglichen Verordnung von maximal 12 Monaten begrenzt. Bezugspunkt ist dabei die für den laufenden Genehmigungszeitraum geltende und bereits genehmigte Verordnung. Die von der Pflegefachkraft auf der ursprünglichen Verordnung angegebene Häufigkeit einer Leistung kann innerhalb des ursprünglichen Leistungszeitraumes zweimal erhöht werden. Eine Ausnahme gilt nur, wenn gleichzeitig mit der Erhöhung der Häufigkeit auch eine zulässige Erhöhung der Verordnungsdauer der Leistung erfolgt.
- Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen. Diese berücksichtigen nicht ob Angaben zu Dauer und Häufigkeit in der HKP-Richtlinie vorhanden sind. Sind diese vorhanden, ist eine entsprechende Begründung zu deren Überschreitung erforderlich.

Beispiel 1 – Verordnungsdauer

Auf der ursprünglichen Verordnung, der verordneten Leistung, ist eine Verordnungsdauer von 12 Monaten angegeben.

Ergebnis: Es ist keine Verlängerung der Verordnung möglich.

Beispiel 2 – Verordnungsdauer

Auf der ursprünglichen Verordnung, der verordneten Leistung, ist eine Verordnungsdauer von sechs Monaten angegeben.

Ergebnis: Eine Verlängerung ist einmalig und längstens bis zu einem Zeitraum von 12 Monaten möglich.

Beispiel 3 – Häufigkeit

Auf der ursprünglichen Verordnung, der verordneten Leistung, ist eine Verordnungshäufigkeit von 2-mal täglich angegeben.

Ergebnis: Die Häufigkeit kann gegenüber der ursprünglichen Verordnung zweimal innerhalb der ursprünglichen Verordnungsdauer erhöht werden.

- Die Fristen zur Übermittlung an die Krankenkasse gelten entsprechend.
- Die Vordrucke sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Stempel des Leistungserbringers zu versehen und von der Pflegefachkraft persönlich unter Angabe ihrer Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V zu unterzeichnen.
- Die Änderungen von Dauer und Häufigkeit gegenüber der ursprünglichen, bereits genehmigten Verordnung, sind insbesondere dann zu begründen, wenn damit eine Abweichung von den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Dauer und Häufigkeit in der HKP-Richtlinie verbunden ist.

- 1 Es ist das IK des Pflegedienstes anzugeben, bei dem die, die Angaben von Dauer und/oder Häufigkeit verändernde, Pflegefachkraft zum Änderungszeitpunkt angestellt ist.

- 2 Es ist die Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V der qualifizierten Pflegefachkraft anzugeben, die die Anpassung der Angaben zur Dauer und/oder Häufigkeit gegenüber der ursprünglich für den laufenden Genehmigungszeitraum geltenden diesbezüglichen Angaben vornimmt.

- 3 Es ist das Verordnungsdatum der Verordnung anzugeben, die dem laufenden Genehmigungszeitraum zugrunde liegt.

- 4 Es ist das Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse für die, dem laufenden Genehmigungszeitraum zugrundeliegende Verordnung, anzugeben.

- 5 Es ist die Arztnummer derjenigen Ärztin oder desjenigen Arztes anzugeben, die oder der die dem laufenden Genehmigungszeitraum zugrundeliegende Verordnungen ausgestellt hat.

- 6 Es ist die Betriebsstättennummer derjenigen Ärztin oder desjenigen Arztes anzugeben, die oder der die dem laufenden Genehmigungszeitraum zugrundeliegende Verordnungen ausgestellt hat.

- 7 Es ist diejenige Leistung anzukreuzen, die für den laufenden Genehmigungszeitraum verordnet wurden und zu der die Angaben auf der ursprünglichen Verordnung zu Dauer und/oder Häufigkeit geändert werden sollen.

- 8 Zu der gekennzeichneten Leistung, ist hier die abweichende Dauer der dem laufenden Genehmigungszeitraum zugrundeliegende Verordnung anzugeben. Die Verlängerung ist im Sinne eines Höchstbezugszeitraumes auf eine Leistungsdauer der ursprünglichen Verordnung von maximal 12 Monaten begrenzt. Bezugspunkt ist dabei die für den laufenden Genehmigungszeitraum geltende und bereits genehmigte Verordnung.

- 9 Zu der gekennzeichneten Leistung, ist hier die abweichende Häufigkeit der dem laufenden Genehmigungszeitraum zugrundeliegende Verordnung anzugeben. Dabei ist die „neue“ Häufigkeit anzugeben, nicht der Differenzwert zur bisherigen Verordnung. Die von der Pflegefachkraft auf der ursprünglichen Verordnung angegebene Häufigkeit einer Leistung kann innerhalb des geltenden Leistungszeitraumes zweimal erhöht werden.

- 10 Die Änderungen von Dauer und/oder Häufigkeit gegenüber der ursprünglichen, bereits genehmigten Verordnung, bedarf immer einer Begründung die dies bedingt. Dies gilt insbesondere auch, wenn mit der Änderung eine Abweichung von den Empfehlungen des G-BA zur Dauer und Häufigkeit zu der verordneten Leistung in der HKP-Richtlinie verbunden ist.

- 11 Die Vordrucke sind mit dem Stempel des Leistungserbringers zu versehen und von der qualifizierten Pflegefachkraft, die die Angaben zu Dauer und/oder Häufigkeit vornimmt, persönlich zu unterzeichnen. Die Unterschrift des Versicherten ist hier ebenfalls anzugeben.