
VERORDNEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS NACH § 39 ABS. 1A SGB V

DEZERNAT:
DEZERNAT 4 – ÄRZTLICHE LEISTUNGEN UND VERSORGUNGSSTRUKTUR
GESCHÄFTSBEREICH SICHERSTELLUNG UND VERSORGUNGSSTRUKTUR

AUTOR:
FRIEDERIKE ROSENBAUM

STAND:
03. NOVEMBER 2017

INHALT

1.	EINFÜHRUNG: ENTLASSMANAGEMENT NACH § 39 ABS. 1A SGB V	5
2.	ALLGEMEINE VERTRAGSÄRZTLICHE BESTIMMUNGEN ZUR VERORDNUNG VON LEISTUNGEN... 6	6
3.	VERORDNUNG VON LEISTUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS.....	9
3.1.	Voraussetzungen	9
3.1.1.	Wirtschaftlichkeit.....	9
3.1.2.	Zertifizierung von Software zur Verordnung	9
3.1.3.	Medikationsplan nach § 31a SGB V	10
3.1.4.	Verordnungsvordrucke	10
3.1.5.	Arztnummer nach § 293 Abs. 7 SGB V	10
3.1.6.	Betriebsstättennummer (BSNR)	10
3.2.	Arzneimittel	11
3.2.1.	Grundsätze des Leistungsanspruchs.....	11
3.2.2.	Gesetzliche Grundlagen.....	11
3.2.3.	Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	14
3.2.4.	Weitere Maßnahmen zur Verordnungsteuerung.....	14
3.2.5.	Arzneimitteltherapiesicherheit.....	15
3.3.	Heilmittel	16
3.3.1.	Gesetzliche Grundlagen.....	16
3.3.2.	Heilmittel-Richtlinie	16
3.3.3.	Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	16
3.4.	Hilfsmittel	18
3.4.1.	Gesetzliche Grundlagen.....	18
3.4.2.	Hilfsmittel-Richtlinie	18
3.4.3.	Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	18
3.5.	Häusliche Krankenpflege (HKP)	20
3.5.1.	Gesetzliche Grundlagen.....	20
3.5.2.	Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	21
3.6.	Soziotherapie	22
3.6.1.	Gesetzliche Grundlagen.....	22
3.6.2.	Soziotherapie-Richtlinie.....	22
3.6.3.	Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	22
3.7.	Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	24
3.7.1.	Gesetzliche Grundlagen.....	24
3.7.2.	Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie.....	24
3.7.3.	Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	25

4.	VERORDNUNGSVORDRUCKE FÜR DAS ENTLASSMANAGEMENT.....	26
4.1.	Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	28
4.2.	Muster 8: Sehhilfenverordnung	33
4.3.	Muster 12: Verordnung häusliche Krankenpflege.....	35
4.4.	Muster 13: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie).....	41
4.5.	Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	45
4.6.	Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	49
4.7.	Muster 16: Arzneiverordnungsblatt	52
4.8.	Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)	55
4.9.	Muster 26: Verordnung Sozialtherapie gem. § 37a SGB V.....	59
4.10.	Muster 27: Sozialtherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V	63
4.11.	Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Sozialtherapie.....	66
5.	NÜTZLICHE LINKS / WEITERE QUELLEN.....	69

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ im Personalienfeld	26
Abbildung 2:	Formularsatz Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1).....	28
Abbildung 3:	Vordruckerläuterung für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1)	29
Abbildung 4:	Formularsatz Sehhilfenverordnung (Muster 8)	33
Abbildung 5:	Ausfüllhilfe für die Sehhilfenverordnung (Muster 8).....	34
Abbildung 6:	Formularsatz Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12)	35
Abbildung 7:	Vordruckerläuterung für die häusliche Krankenpflege (Muster 12)	37
Abbildung 8:	Formularsatz Heilmittelverordnung - Maßnahmen Physikalische & Podologische Therapie (Muster 13)	41
Abbildung 9:	Vordruckerläuterungen für eine Heilmittelverordnung (Muster 13)	42
Abbildung 10:	Heilmittelverordnung - Maßnahmen Stimm-/Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14)	45
Abbildung 11:	Vordruckerläuterungen für eine Heilmittelverordnung (Muster 14)	46
Abbildung 12:	Formularsatz Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15).....	49
Abbildung 13:	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15).....	51
Abbildung 14:	Formularsatz Verordnung von Arzneimitteln (Muster 16)	52
Abbildung 15:	Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).....	52
Abbildung 16:	Formularsatz Arzneiverordnungsblatt (Hilfsmitteln; Muster 16)	54
Abbildung 17:	Formularsatz Heilmittelverordnung – Maßnahmen Ergotherapie (Muster 18).....	55
Abbildung 18:	Vordruckerläuterungen für eine Heilmittelverordnung (Muster 18)	56
Abbildung 19:	Formularsatz Verordnung Soziotherapie (Muster 26).....	59
Abbildung 20:	Verordnung von Soziotherapie (Muster 26)	60
Abbildung 21:	Formularsatz Soziotherapeutischer Betreuungsplan (Muster 27)	63
Abbildung 22:	Soziotherapeutischer Betreuungsplan (Muster 27)	64
Abbildung 23:	Formularsatz Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28)	66
Abbildung 24:	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28).....	67

1. EINFÜHRUNG: ENTLASSMANAGEMENT NACH § 39 ABS. 1A SGB V

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 23.07.2015 durch eine Erweiterung des § 39 SGB V zur Krankenhausbehandlung eine Neuregelung zum Entlassmanagement vorgenommen. Ziel ist die Sicherstellung einer lückenlosen sektorenübergreifenden Versorgung. Krankenhausärzte¹ erhalten zukünftig i. R. des Entlassmanagements das Recht, sofern erforderlich, ambulante Leistungen zu verordnen, um die Anschlussversorgung des Patienten zu garantieren.

Zum Aufbau und zu den Inhalten des Entlassmanagements sowie zu der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen verhandelten der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen dreiseitigen Rahmenvertrag. Dieser ist unter <http://www.kbv.de/html/entlassmanagement.php> gemeinsam mit weitergehenden Informationsmaterialien zu finden.

Dieses Handbuch dient als Überblick zum Versorgungsgeschehen im ambulanten Bereich, der mit seinen Bestimmungen zur Verordnungsfähigkeit die Grundlage für das Entlassmanagement bildet. Nach zwei einleitenden Kapiteln, die den vertragsärztlichen Bereich und die Anwendung dessen Prinzipien auf das Entlassmanagement erläutern, wird in Kapitel 3 auf die in Frage kommenden Verordnungen eingegangen: Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Inhaltlich werden u.a. die gesetzlichen Grundlagen, die Verordnungsfähigkeit nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V und die entsprechenden Richtlinien des G-BA beschrieben. In Kapitel 4 werden zur Unterstützung einer fehlerfreien Ausführung der Verordnungen die relevanten Muster dargestellt und, soweit vorhanden, Ausfüllhilfen zur Verfügung gestellt.

In der Vereinbarung zum Entlassmanagement wird festgelegt, dass Patienten im Anschluss an eine voll- und teilstationäre sowie stationsäquivalente Behandlung im Krankenhaus einen Anspruch auf ein Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus und einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements gegenüber der Krankenkasse haben. Anhand eines Entlassplans soll das Krankenhaus alle im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlichen Maßnahmen festlegen und organisieren. Zur Überbrückung der Zeit direkt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bis zur Weiterbehandlung durch einen ambulanten Haus- oder Facharzt können die Krankenhäuser die in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie) für einen begrenzten Zeitraum verordnen und die Arbeitsunfähigkeit (AU) feststellen. Näheres zum Ordnungsrecht wird in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nrn. 6 und 7 SGB V geregelt. Die dreiseitige Vereinbarung erläutert und detailliert die Bestimmungen.

Im Rahmen des Entlassmanagements **gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung** und somit die gleichen leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen, die von den Vertragsärzten zu berücksichtigen sind. Bisher war es den Krankenhausärzten nicht möglich, die in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen zu verordnen und die AU auszustellen; dies konnten lediglich ambulant tätige Ärzte auf den im Bundesmantelvertrag–Ärzte (BMV–Ä) festgelegten Vordrucken. Die dabei geltenden vertragsärztlichen Bestimmungen stellen hohe Ansprüche an die korrekte wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Durchführung von Verordnungen. Zum 01.10.2017 werden diese Bedingungen auf das Entlassmanagement nach § 39 SGB V übertragen. Dieses Handbuch soll Sie dabei unterstützen.

¹ Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Handbuch personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form angeführt.

2. ALLGEMEINE VERTRAGSÄRZTLICHE BESTIMMUNGEN ZUR VERORDNUNG VON LEISTUNGEN

Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ist im Bundesmantelvertrag–Ärzte (BMV–Ä) geregelt. Die dort festgelegten Rahmenbedingungen zum Verordnen von Leistungen gelten somit für das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V.

Der Arzt hat bei jeder Verordnungsentscheidung immer das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) zu beachten: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12 Abs. 1 SGB V).

- › **Ausreichend** ist eine Behandlung, die der Art und Schwere der Krankheit entspricht und den Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigt.
- › **Zweckmäßig** sind solche Leistungen, die „objektiv“ geeignet sind, die im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen.
- › **Notwendig** ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten darf, andernfalls die Behandlung nicht ausreichend wäre.
- › **Wirtschaftlich** im Sinne des SGB V sind Leistungen, deren Therapie im Vergleich zu anderen ein günstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen aufweist.

Neben der Wirtschaftlichkeit hat jeder Arzt seine Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erbringen (§ 16 BMV–Ärzte). Dazu zählen auch die in § 11 BMV–Ä [Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung] formulierten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung. Die dort beschriebenen Voraussetzungen neuer Verfahren, besonderer Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität werden in den Anlagen des BMV–Ä vereinbart. Ebenso muss die fachliche Qualifikation des Arztes und die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nachgewiesen werden. Ferner sind die vom G-BA bestimmten Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung gemäß § 136 SGB V, die grundsätzlichen Anforderungen (§ 137 SGB V) an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie die verpflichtenden einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, von Bedeutung.

Für ärztliche Verordnungen gilt der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung. Das bedeutet, dass sie nur ausgestellt werden dürfen, wenn sich der behandelnde Arzt zuvor vom Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm dessen Zustand bekannt ist. Wie aus mehreren Gesetzesstellen hervorgeht, dürfen Hilfeleistungen durch andere Personen nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Die Verordnung von veranlassten Leistungen ist auf den jeweils dafür vorgesehenen Vordrucken gemäß der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV–Ä) vorzunehmen.

TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

An der vertragsärztlichen Versorgung können nur zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teilnehmen.

In § 95 SGB V ist festgelegt, dass jeder Arzt für die Zulassung als Vertragsarzt eine Eintragung in ein Arztregister nachzuweisen hat. Die Eintragung in ein Arztregister setzt Folgendes gemäß § 95a SGB V voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

Bei Erfüllung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung darf der Vertragsarzt gemäß § 73 Abs. 2 Nrn. 5 bis 9 SGB V Verordnungen vornehmen und Bescheinigungen ausstellen.

Im Rahmen des Entlassmanagements erhält ein antragstellendes Krankenhaus für jeden Krankenhausarzt, der im Rahmen des Entlassmanagements verordnet, eine Arztnummer nach § 293 Abs. 7 SGB V. Genauer über die Vergabe der Arztnummer für Krankenhausärzte findet sich in Kapitel 3.1.5 Arztnummer nach § 293 Abs. 7 SGB V.

VERORDNUNGSSTEUERUNG

Zuzahlung

Gesetzlich Krankenversicherte müssen sich in Form von Zuzahlungen an den Gesundheitskosten beteiligen. Wie hoch die Zuzahlung ist, hängt von der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistung ab.

Arzneimittel, Hilfsmittel, Fahrkosten, Soziotherapie

- › 10 Prozent der Kosten; mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die Kosten des Mittels
- › Bei Arzneimitteln mit Festbetragsregelung fällt eine Mehrzuzahlung an, wenn der Apothekenverkaufspreis den Festbetrag übersteigt: Die Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenverkaufspreis muss der Patient selbst zahlen.

Heilmittel, häusliche Krankenpflege (HKP)

- › 10 Euro je Verordnung sowie 10 Prozent der Kosten bei häuslicher Krankenpflege für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr

Vollstationäre Krankenhausbehandlung

- › 10 Euro je Kalendertag, maximal 28 Tage im Kalenderjahr

Medizinische Rehabilitation

- › 10 Euro je Kalendertag
- › Ausnahme: Anschlussrehabilitation: maximal 28 Tage im Kalenderjahr

In welchen Fällen gelten besondere Regelungen?

- › Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind von fast allen Zuzahlungen befreit. Für die Zuzahlung zu Fahrkosten gilt diese Befreiung nicht.
- › Schwangere haben keine Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu leisten, wenn die Leistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erbracht werden. Auch für die stationäre Entbindung entfällt die Zuzahlung.
- › Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten: 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bzw. 1 Prozent für chronisch kranke Patienten.

- › Ist bei einem festbetragsgeregelten Arzneimittel der Apothekeneinkaufspreis mindestens um 30 Prozent niedriger als der Festbetrag, kann das Medikament von der Zuzahlung freigestellt werden.
- › Bei einem festbetragsgeregelten Arzneimittel kann die Mehrzahlungspflicht entfallen, wenn zwischen der Krankenkasse und dem Hersteller eine Rabattvereinbarung besteht.
- › Krankenkassen dürfen die Zuzahlung für ein Arzneimittel um die Hälfte ermäßigen bzw. aufheben, wenn eine Rabattvereinbarung mit dem Hersteller besteht und daraus Einsparungen zu erwarten sind.
- › Reha-Sport und Funktionstraining sind zuzahlungsfreie Sachleistungen der Krankenkassen.

3. VERORDNUNG VON LEISTUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

In der Gesetzesbegründung zu § 39 Abs. 1a GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird darauf hingewiesen, dass das erweiterte Ordnungsrecht der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements unter die leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen für Vertragsärzte fällt. Bei der Verwendung von Vordrucken für die Verordnung der Leistungen sollten sich die getroffenen Regelungen nach den geltenden Vordrucken gemäß § 87 Abs. 1 S. 2 SGB V orientieren.

3.1. VORAUSSETZUNGEN

3.1.1. WIRTSCHAFTLICHKEIT

Neben dem schon zitierten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V wird auch in § 113 SGB V, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen, auf das Entlassmanagement eingegangen. Um die Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen garantieren zu können, sollen die Prüfungsstellen nach § 106c SGB V entsprechend § 106 Abs. 1 bis 3 SGB V gegen Kostenersatz Anwendung finden. Diese **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** (§ 106 SGB V) sahen bis zum 31.12.2016 Folgendes vor:

- › eine Richtgrößenprüfung (Auffälligkeitsprüfung) und
- › eine Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung).

In den Prüfvereinbarungen auf Landesebene können weitere Prüfungen (beispielsweise nach Durchschnittswerten, Einzelfallprüfung) vorgesehen werden. Die regionalen Prüfvereinbarungen, die zwischen der jeweiligen KV und den Krankenkassen geschlossen werden, finden sich unter:

<http://www.kbv.de/html/2949.php>.

Zum 01.01.2017 wurde die Richtgrößenprüfung als Regelprüfart abgeschafft. Ab diesem Zeitpunkt sind die regionalen Prüfvereinbarungen auf KV-Ebene maßgeblich. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt durch eine Prüfungsstelle, die von den Krankenkassen und der jeweiligen KV eingerichtet wird. Die Basis für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind die „**Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen**“ des GKV-SV und der KBV. Hierin wird explizit in § 2 Abs. 4 auf das Entlassmanagement Bezug genommen.

Im dreiseitigen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement wurde darüber hinaus vereinbart, dass zur Sicherung der wirtschaftlichen Ordnungsweise bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen gemäß § 84 SGB V entsprechend gelten. Das bedeutet, dass die jedes Jahr abzuschließenden Rahmenvorgaben zu Arznei- und Heilmitteln auf Bundesebene zu beachten sind. Diese bilden die Grundlage für die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen auf der Landesebene. In diesen werden die regionalen Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für das jeweilige Folgejahr festgelegt.

3.1.2. ZERTIFIZIERUNG VON SOFTWARE ZUR VERORDNUNG

Für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln durch den verordnenden Arzt dürfen nur solche Arznei- und Heilmittel-Datenbanken einschließlich der zu ihrer Anwendung notwendigen elektronischen Programme (Software) verwendet werden, die die Informationen gemäß **§ 73 Abs. 9 und 10 SGB V** enthalten. Dabei handelt es sich um Informationen und Hinweise der Arznei- und Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 i. V. m. § 92 Abs. 6 SGB V und über besondere Ordnungsbedarfe nach § 106b Abs. 2 S. 4 SGB V. Darüber hinaus dürfen für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln nur solche elektronischen Programme verwendet werden, die von der Prüfungsstelle der KBV auf Basis der jeweils aktuellen Anforderungskataloge für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen (Zertifizierung) sind. Es sind nur solche Arzneimittel- und Heilmitteldatenbanken einschließlich der zu ihrer Anwendung notwendigen elektronischen Programme (Software) und ihrer Folgeversionen (Updates) zuzulassen, die dem verordnenden Arzt eine manipulationsfreie Verordnung von Arzneimitteln ermöglichen.

3.1.3. MEDIKATIONSPLAN NACH § 31A SGB V

Gemäß § 73 Abs. 9 SGB V muss ebenso die Information zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a SGB V in der Software zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln enthalten sein. Genauere Informationen hierzu finden sich unter: <http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php>.

3.1.4. VERORDNUNGSVORDRUCKE

Um die im Rahmen des Entlassmanagements erforderlichen Verordnungen vornehmen zu können, müssen diese auf den jeweils dafür vorgesehenen Vordrucken gemäß der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä) angewendet werden. Diese „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“ schreibt vor, wie genau diese Vordrucke auszusehen haben. Wie die einzelnen Felder der Formulare auszufüllen sind und was dabei zu beachten ist, wird in der Vordruck-Erläuterung festgelegt und ausführlich im vierten Kapitel „**Verordnungsvordrucke für das Entlassmanagement**“ beschrieben.

Die Vordrucke können über das sogenannte Blankoformularbedruckungs-Verfahren (**Anlage 2a BMV-Ä**) mittels zertifizierter Software und eines Laserdruckers vom Arzt selbst in der Praxis oder vom Krankenhaus erzeugt werden. Diese Blankoformularbedruckung bezeichnet die Formularerzeugung auf Blankoformularen in der Praxis, wobei durch die Computersoftware (der Praxis oder des Krankenhauses) sowohl das eigentliche Formular als auch der Formularinhalt generiert wird.

Einzig das Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) kann ausschließlich durch die konventionelle Bedruckung (DIN A6 quer), nicht durch die Blankobedruckung, hergestellt werden.

3.1.5. ARZTNUMMER NACH § 293 ABS. 7 SGB V

Ab dem 01.10.2017 können Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements verordnen. Dafür benötigen sie eine Arztnummer, die auf die Verordnungen aufzutragen sind.

Arztnummern für Krankenhausärzte werden stufenweise eingeführt:

- › Ab 01.10.2017: Verwendung von Arzt pseudonym „4444444“ anstelle der Arztnummer, ergänzt um den Fachgruppencode (8./9. Stelle) durch das Krankenhaus²
- › Ab 01.01.2019: Vergabe von einer eindeutig zuordenbaren Krankenhausarztnummern gemäß § 293 Abs. 7 SGB V.

Die Vergabe der Nummern an die Krankenhäuser wird im Rahmen einer Vereinbarung zwischen der DKG und dem GKV-SV im Einvernehmen mit der KBV gemäß § 293 Abs. 7 SGB V geregelt. Für die Weitergabe der Arztnummern an die Krankenhausärzte sind die Krankenhäuser zuständig.

Verordnungen können, wie im vertragsärztlichen Bereich, durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vorgenommen werden.

3.1.6. BETRIEBSSTÄTTENUMMER (BSNR)

Um die Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements vornehmen zu können, muss Krankenhäusern bis zum 01.10.2017 eine BSNR erteilt werden. Die BSNR ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach dem Rahmenvertrag gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V zu verwenden.

Dafür erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen KV eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs. 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V (siehe Fußnote 2). Die Betriebsstättennummer enthält in den ersten beiden Ziffern den versorgungsspezifischen Code „75“ und in der dritten und vierten Ziffer den KV-Landes- oder Bezirksstellenschlüssel gemäß Anlage 1 dieser Richtlinie.

² Der Fachgruppencode kann der Anlage 2 der Richtlinie der KBV zur Vergabe von Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern (<http://www.kbv.de/html/2757.php>) entnommen werden

3.2. ARZNEIMITTEL

3.2.1. GRUNDSÄTZE DES LEISTUNGSANSPRUCHS

Grundsätzlich ist bei der Verordnung von Arzneimitteln insbesondere der § 115c SGB V zu beachten:

- (1) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschlage unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlag anzugeben. Abweichungen in den Fällen der Sätze 1 und 2 sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- (2) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.

Grundsätzlich haben GKV-Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln und Verbandmitteln sowie Harn- und Blutteststreifen (§ 31 SGB V, Leistungspflicht der GKV). Nicht alle Arzneimittel sind für gesetzlich Krankenversicherte verordnungsfähig, dürfen also zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Einschränkungen oder Ausschlüsse sind definiert durch:

(1) das Gesetz (§ 34 SGB V, Ausschlüsse):

- › nicht apothekenpflichtige Arzneimittel
- › apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Arzneimittel), sofern sie nicht auf der sogenannten OTC-Ausnahmeliste (Anlage I Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)) aufgeführt sind.
- › Ausnahme: Kinder bis 12 Jahre und Jugendliche bis 18 Jahre mit Entwicklungsstörungen
- › verschreibungspflichtige Arzneimittel bei geringfügigen Gesundheitsstörungen (Bagatell-Arzneimittel)
- › Lifestyle Arzneimittel (Anlage II AM-RL)

(2) die Arzneimittel-Richtlinie des G-BA:

Verordnung ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung möglich (§ 31 Abs. 1 SGB V)

oder

(3) regionale Vereinbarungen in der Verordnung:

Außerdem besteht ein Anspruch auf die Versorgung mit Medizinprodukten in den vom G-BA bestimmten medizinisch notwendigen Fällen (Anlage V AM-RL) sowie auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung unter den vom G-BA definierten Voraussetzungen (AM-RL).

3.2.2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- › Arzneimittelgesetz (AMG): Hier wird zentral die Herstellung, Zulassung und Abgabe von Arzneimitteln sowie die staatliche Überwachung der Arzneimittelversorgung geregelt.
- › Arzneimittel-Richtlinie des G-BA: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/>
- › Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel (AMVV): <https://www.gesetze-im-internet.de/amvv/>
- › Apothekengesetz (ApoG)
- › Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)
- › Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- › Medizinproduktegesetz

Sowohl in der AMVV als auch in der BtMVV finden sich Vorgaben über verpflichtende Angaben auf Arzneimittelrezepten. Fehlen einzelne Angaben, kann dies in der Apotheke dazu führen, dass die Rezepte von den Krankenkassen nicht abgerechnet werden:

Vorgaben der AMVV (§ 2)

(1) Die Verschreibung muss enthalten:

1. Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen, tierärztlichen oder zahnärztlichen Person (verschreibende Person) einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme,
2. Datum der Ausfertigung,
3. Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist,
4. Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,
- 4a. bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen,
5. Darreichungsform, sofern dazu die Bezeichnung nach Nummer 4 oder Nummer 4a nicht eindeutig ist,
6. abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels,
7. Gebrauchsanweisung bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen,
8. Gültigkeitsdauer der Verschreibung*
9. bei tierärztlichen Verschreibungen [...]
10. die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz.

Vorgaben der BtMVV (§ 8)

- (1) Betäubungsmittel für Patienten, den Praxisbedarf und Tiere dürfen nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt (Betäubungsmittelrezept) verschrieben werden. Das Betäubungsmittelrezept darf für das Verschreiben anderer Arzneimittel nur verwendet werden, wenn dies neben der eines Betäubungsmittels erfolgt. Die Teile I und II der Verschreibung sind zur Vorlage in einer Apotheke, im Falle des Verschreibens von Diamorphin nach § 5a Absatz 1 zur Vorlage bei einem pharmazeutischen Unternehmer, bestimmt, Teil III verbleibt bei dem Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt, an den das Betäubungsmittelrezept ausgegeben wurde.
- (2) Betäubungsmittelrezepte werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf Anforderung an den einzelnen Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt ausgegeben. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Ausgabe versagen, wenn der begründete Verdacht besteht, daß die Betäubungsmittelrezepte nicht den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften gemäß verwendet werden.
- (3) Die nummerierten Betäubungsmittelrezepte sind nur zur Verwendung des anfordernden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes bestimmt und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden. Die nicht verwendeten Betäubungsmittelrezepte sind bei Aufgabe der ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Tätigkeit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zurückzugeben.

*Die Gültigkeitsdauer der Verschreibung (AMVV, § 2 Pkt. 8) ist im Entlassmanagement durch die Arzneimittel-Richtlinie (§ 9 Abs. 2 Pkt. 3) näher definiert.

3.2.3 ARZNEIMITTEL-RICHTLINIE

Die AM-RL des G-BA soll sowohl Vertragsärzten als auch Krankenhausärzten beim Verordnen von Medikamenten helfen und ihnen eine therapiegerechte und wirtschaftliche Arzneimittelauswahl ermöglichen. In ihr konkretisiert der G-BA als oberstes Beschlussgremium von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen die gesetzlichen Bestimmungen.

Die AM-RL enthält mehrere Anlagen, die thematisch sortiert sind und regelmäßig angepasst werden:

ANLAGE I	OTC-ÜBERSICHT
	Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate) sind grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen. In der „OTC-Übersicht“ legt der G-BA fest, welche OTC-Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit Begründung des behandelnden Arztes ausnahmsweise verordnet werden können.
ANLAGE II	LIFESTYLE ARZNEIMITTEL
	Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (Life-Style-Arzneimittel) sind von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen. Hierzu zählen insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Anlage II gibt eine Übersicht der entsprechenden Wirkstoffe und Präparate.
ANLAGE III	ÜBERSICHT VERORDNUNGSEINSCHRÄNKUNGEN UND -AUSSCHLÜSSE
	Hier sind die Verordnungseinschränkungen (Verordnungsfähig nur unter den genannten Voraussetzungen) und -ausschlüsse durch die AM-RL aufgeführt. Außerdem finden sich hier auch Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder unter 12 Jahren und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren.
ANLAGE IV	THERAPIEHINWEISE
	Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung bestimmter Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen
ANLAGE V	MEDIZINPRODUKTE
	Übersicht, welche Medizinprodukte in welchen Indikationen zu Lasten der GKV ordnungsfähig sind.
ANLAGE VI	OFF-LABEL-USE (OLU)
	Übersichten, welche Wirkstoffe in welchen Indikationen im OLU zu Lasten der GKV ordnungsfähig bzw. nicht ordnungsfähig sind.
ANLAGE VII	REGELUNGEN ZUR AUSTAUSCHBARKEIT VON ARZNEIMITTELN (AUT IDEM)
ANLAGE VIII	HINWEISE ZU ANALOGPRÄPARATEN
ANLAGE IX	FESTBETRAGSGRUPPENBILDUNG
ANLAGE X	AKTUALISIERUNG VON VERGLEICHSGRÖßEN
ANLAGE XI	– WEGGEFALLEN –

ANLAGE XII	(FRÜHE) NUTZENBEWERTUNG NACH § 35A SGB V
	Für neue Wirkstoffe führt der G-BA die frühe Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) durch. Hierbei wird geprüft, ob der neue Wirkstoff im Vergleich zur bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen aufweist und wie dieser zu quantifizieren ist. Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sind in dieser Anlage zusammengestellt. Für den Arzt sind diese Informationen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Verordnung von Bedeutung.

Die KBV und der GKV-SV haben als Orientierungshilfe für verordnende Ärzte eine Schnellübersicht erstellt, in der alphabetisch nach Arzneimitteln, Arzneimittelgruppen und Indikationen sortiert die Angaben über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zusammengestellt sind:

- › KBV: Schnellübersicht AM-RL (<http://www.kbv.de/html/arsneimittel-richtlinie.php>)

Außerdem hat die KBV auf ihrer Web-Site Informationen zur frühen Nutzenbewertung eingestellt, die wirkstoffbezogen eine schnelle Übersicht/Orientierung über die Ergebnisse gibt:

- › KBV: Frühe Nutzenbewertung (<http://www.kbv.de/html/fruehe-nutzenbewertung.php>)

3.2.4 VERORDNUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

Siehe: Verwendung der Verordnungsvordrucke für Arzneimittel in Kapitel 4.7 zum Muster 16: Arzneverordnungsblatt

Krankenhäuser dürfen zukünftig im Rahmen des Entlassmanagements Arzneimittel mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen verordnen, soweit dies erforderlich ist. Das Krankenhaus hat den weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig über die medikamentöse Therapie zum Zeitpunkt der Entlassung, die Dosierung und die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel zu informieren. Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden und dem Krankenhaus bekannten Medikation müssen dargestellt und erläutert werden. Gegebenenfalls sind auch Hinweise zur Therapiedauer neu verordneter Arzneimittel zu geben.

Folgende weitere wesentliche Änderungen und Ergänzungen der AM-RL wurden beschlossen:

- › Das Krankenhaus prüft, ob eine Verordnung erforderlich ist. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Versorgung auch durch Mitgabe von Arzneimitteln gemäß § 14 Abs. 7 Apothekengesetz möglich ist (gilt nur vor Wochenenden und Feiertagen).
- › Die Höchstmenge der verordneten Arzneimittel wird entsprechend der gesetzlichen Vorgabe auf eine N1-Packung beziehungsweise, falls diese nicht im Handel ist, auf eine kleinere Packung als N1 begrenzt. Größere Packungen als N1 können aufgrund der gesetzlichen Vorgaben von dem Krankenhausarzt nicht verordnet werden. Sonstige in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogene Produkte können für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.
- › Arzneimittelrezepte im Rahmen des Entlassmanagements müssen als solche gekennzeichnet und innerhalb von drei Werktagen (einschließlich Samstag) in der Apotheke eingelöst werden.

Es wurde zudem klargestellt, dass die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arznei- und Betäubungsmitteln selbstverständlich auch im Krankenhaus den Vorschriften der Arzneimittel- sowie der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zu entsprechen hat und somit immer durch einen Arzt vorzunehmen und medizinisch zu verantworten ist.

3.2.5 WEITERE MAßNAHMEN ZUR VERORDNUNGSTEUERUNG

Damit die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht grenzenlos steigen, hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren verschiedene Reformmaßnahmen ergriffen. Maßnahmen der Verordnungsteuerung sind u. a.:

- › **Aut idem:** Apotheken sind nach § 129 Abs. 1 SGB V bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn der verordnende Arzt ein Arz-

neimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet hat oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. In den Fällen der Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Der G-BA gibt in der AM-RL Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit. Die Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen sind in Teil A der Anlage VII aufgeführt.

- › **Festbeträge:** Festbeträge sind bundeseinheitliche Erstattungsobergrenzen für bestimmte Arzneimittel. Wenn der Apothekenabgabepreis den festgelegten Festbetrag überschreitet, müssen gesetzlich Krankenversicherte (auch Kinder und Jugendliche) die Mehrkosten selbst tragen.
- › **Frühe Nutzenbewertung:** 2011 wurde mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz die frühe Nutzenbewertung durch den G-BA eingeführt. Hersteller müssen jetzt belegen, ob und in welchem Ausmaß ihr Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie hat (§ 35a SGB V). Das Ergebnis der Nutzenbewertung – also ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht – wirkt sich auf den Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V) aus und damit auf die Kosten, die den Krankenkassen für das Medikament entstehen. Die KBV informiert wirkstoffbezogen über die Ergebnisse aller Verfahren unter www.kbv.de/html/fruehe_nutzenbewertung.php.
- › **Rabatte und Rabattverträge:** Pharmazeutische Unternehmen und Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, den Krankenkassen einen Preisnachlass für jede verordnete Arzneimittelpackung zu gewähren. Darüber hinaus gibt es vertragliche Rabattregelungen, die auf Freiwilligkeit beruhen.
- › **Zuzahlung:** In der gesetzlichen Krankenversicherung müssen sich die Versicherten auch in Form von Zuzahlungen an den Gesundheitskosten beteiligen.
- › **Wirtschaftlichkeitsprüfungen:** <http://www.kbv.de/html/2949.php> und Kapitel 3.1.1 Wirtschaftlichkeit

3.2.6 ARZNEIMITTELTERAPIESICHERHEIT

Bei der Arzneimitteltherapiesicherheit geht es nicht nur um die Sicherheit des Medikamentes an sich, sondern um den gesamten Medikationsprozess. Von der Therapieentscheidung über das Ausstellen des Rezeptes bis hin zur Therapieüberwachung – überall können Fehler passieren. In der Servicebroschüre „**Mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie**“, die die KBV gemeinsam mit der Universität Frankfurt herausgegeben hat, erhalten Ärzte deshalb praxisnahe Hinweise und Empfehlungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit.

3.3. HEILMITTEL

Heilmittel sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen. Dazu gehören Maßnahmen der Physikalischen Therapie (wie Krankengymnastik, Massagetherapie, manuelle Lymphdrainage oder Elektrotherapie), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie sowie der Podologie. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Heilmittel, deren therapeutischer Nutzen anerkannt ist.

3.3.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- › § 32 SGB V i. V. m. § 92 SGB V
- › Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog des G-BA (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>)

3.3.2 HEILMITTEL-RICHTLINIE

Der G-BA bestimmt in der Heilmittel-Richtlinie die Voraussetzungen, Grundsätze und Inhalte der ärztlichen Verordnungsmöglichkeiten.

Zu den Grundsätzen der Heilmittelverordnung gehört die Definition der medizinischen Notwendigkeit einer Heilmittelbehandlung gemäß § 3 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie:

„Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- › eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- › eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- › einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
- › Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.“

Teil zwei der Heilmittel-Richtlinie ist der Heilmittelkatalog. Der Heilmittelkatalog ordnet den als Diagnosegruppen zusammengefassten Einzeldiagnosen jeweils verordnungsfähige Heilmittel zu. Die Heilmittel werden unterschieden in vorrangige, optionale und ergänzende Heilmittel. Die Diagnosegruppen untergliedern sich nach sogenannten Leitsymptomatiken (funktionelle/strukturelle Schädigungen) und führen beispielhaft Therapieziele auf. Je Diagnosegruppe wird die verordnungsfähige Menge der Behandlungseinheiten pro Verordnung und die Gesamtverordnungsmenge pro Regelfall definiert.

Die Wirtschaftlichkeitsverantwortung für die Verordnung von Heilmitteln liegt im Rahmen des Entlassmanagements beim Krankenhaus. Die Vereinbarungen über Vordrucke (Anlage 2 BMV-Ä) und die Heilmittel-Richtlinie sind zu beachten. Unvollständige oder falsch ausgestellte Heilmittelverordnungen und Verstöße gegen die Heilmittel-Richtlinie führen ggf. zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen (siehe Kapitel 3 Verordnung von Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V).

3.3.3 VERORDNUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

Siehe: Verwendung der Verordnungsvordrucke für Heilmittel in Kapitel 4 zu **Muster 13**: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie), **Muster 14**: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und **Muster 18**: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie).

Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA regelt in § 16a die Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements. Insbesondere sind folgende Regelungen zu beachten:

- › Das Krankenhaus (der Krankenhausarzt) kann im Rahmen des Entlassmanagements wie ein Vertragsarzt Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen.
- › Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass der Verordnungszeitraum von sieben Tagen nicht überschritten wird.

- › Die Heilmittelbehandlung muss innerhalb von sieben Kalendertagen nach Entlassung aufgenommen werden und innerhalb von zwölf Kalendertagen abgeschlossen sein; nicht in Anspruch genommene Behandlungseinheiten verfallen nach zwölf Tagen.
- › Zuvor getätigte vertragsärztliche Verordnungen muss der Krankenhausarzt nicht berücksichtigen. Ebenso muss auch der weiterbehandelnde Vertragsarzt Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements nicht berücksichtigen.

Auf der Verordnung muss das Entlassungsdatum vermerkt werden. Darüber hinaus erfolgt eine entsprechende Regelung zur Kennzeichnung dieser Verordnungen im oben genannten Rahmenvertrag. Die in der Heilmittel-Richtlinie getroffenen Regelungen gelten auch für Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach §§ 40 Abs. 2 und 41 SGB V.

3.4. HILFSMITTEL

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen; zu ihnen zählen:

- › Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte)
- › Körperersatzstücke (Prothesen)
- › Orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle)
- › Inkontinenz- und Stoma-Artikel
- › Andere Hilfsmittel¹

3.4.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- › § 33 SGB V
- › § 34 SGB V
- › Hilfsmittel-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/>)
- › Hilfsmittelverzeichnis (https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action)
- › Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) in der Beschlussfassung des Gremiums nach § 213 SGB V

3.4.2 HILFSMITTEL-RICHTLINIE

Alle Details zur Verordnung von Hilfsmitteln sind in der HilfsM-RL geregelt. Ergänzend zur Richtlinie erstellt der GKV-SV gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag der Hersteller. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht bindend im rechtlichen Sinne, allerdings entfaltet es eine "marktsteuernde" Wirkung. Es liefert umfassende Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte.

Hilfsmittel sind im Gegensatz zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln nicht budgetiert. Deshalb muss unbedingt darauf geachtet werden, dass die Verordnung von Hilfsmitteln nicht zusammen mit Arzneimitteln erfolgt, sondern auf einem getrennten Rezept unter entsprechender Kennzeichnung des Feldes 7. Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Hinblick auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Versorgung mit Hilfsmitteln bleibt davon unberührt. Gemäß der Hilfsmittel-Richtlinie kann der Arzt bei der Verordnung entweder die Produktart oder die entsprechende siebenstellige Positionsnummer angeben. Das Einzelprodukt wird dann durch den Fachhandel nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung ausgewählt.

3.4.3 VERORDNUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

Siehe: Verwendung der Verordnungsvordrucke für Hilfsmittel in Kapitel 4 zu **Muster 8**: Sehhilfenverordnung und **Muster 15**: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

Im Hilfsmittelbereich ist die gesetzlich vorgegebene Einschränkung des Ordnungszeitraums auf bis zu sieben Tage nicht uneingeschränkt auf alle Hilfsmittel anwendbar, beispielsweise im Fall der Versorgung mit einem Pflegebett. Die gesetzliche Vorgabe wurde daher zwar in die HilfsM-RL aufgenommen, jedoch wie folgt differenziert:

- › Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, muss die Verordnung grundsätzlich so bemessen werden, dass ein Versorgungszeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung nicht überschritten wird. Hiervon kann abgewichen werden, wenn keine entsprechende Versorgungseinheit auf dem Markt verfügbar ist. Dann kann die nächstgrößere Versorgungseinheit abgegeben werden.
- › Ist eine Verordnung von Hilfsmitteln erforderlich, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, gilt diese Begrenzung der Verordnungsdauer nicht. Bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind (beispielsweise Hör- und Sehhilfen, Prothesen), ist in der Regel nicht davon auszugehen, dass eine

Verordnung durch das Krankenhaus unmittelbar erforderlich ist. Ausnahmen von dieser Regelung müssen begründet werden (zum Beispiel Versorgung mit einem Beatmungsgerät bereits in der Klinik).

In der HilfsM-RL wird ferner vorgegeben, dass der weiterbehandelnde Vertragsarzt rechtzeitig über die Verordnung zu informieren ist. Die Verordnungen sind für einen Zeitraum von sieben Kalendertagen gültig. Darüber hinaus muss ebenfalls das Entlassungsdatum auf der Verordnung angegeben und die Verordnung entsprechend gekennzeichnet werden. Die Vorgaben zum Entlassmanagement gelten auch für Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

3.5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (HKP)

Die HKP umfasst die ärztliche Behandlung durch Pflegefachkräfte (Behandlungspflege) sowie Maßnahmen, die Patienten bei den grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung (hauswirtschaftliche Versorgung) und den Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) unterstützen sowie die Unterstützungspflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung).

3.5.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- › § 37 SGB V
- › Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/>)

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE-RICHTLINIE

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie regelt die Verordnung der HKP sowie deren Dauer und Genehmigung durch die Krankenkassen. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen den Vertragsärzten und den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten geregelt.

Die häusliche Krankenpflege beinhaltet:

- › 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)
- › Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
- › Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung).

Voraussetzung für die Verordnung von HKP ist, dass sich der Arzt vom Zustand des Patienten und der Notwendigkeit einer HKP überzeugt hat. Die Verordnung ist zulässig, wenn der Patient wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die HKP Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. HKP ist dann eine Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit dem Ziel,

- › dem Patienten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege),
- › ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege).
- › der Sicherstellung der Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege³).

Häusliche Krankenpflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist:

- › bei Krankenhausvermeidungspflege die Behandlungs- und Grundpflege, sowie die hauswirtschaftliche Versorgung,
- › bei Sicherungspflege, die notwendige Behandlungspflege und
- › bei Unterstützungspflege die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

HKP darf nicht verordnet werden, wenn eine im Haushalt der Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen kann. Kann sie es nach Einschätzung des Arztes nicht, ist dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben.

Besonderheiten bei psychiatrischer Krankenpflege

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie regelt auch die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege (§ 4 HKP-Richtlinie). Bei psychisch Kranken wird bei der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege vorausgesetzt, dass der Patient über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflussen zu können. Auch muss zu erwarten sein, dass er das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel manifest umsetzen kann.

³ Die Umsetzung der Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V wird derzeit noch im G-BA beraten.

Psychiatrische Krankenpflege kann nur durch bestimmte Fachärzte verordnet werden, also von Ärzten für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die Verordnung durch den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch einen Arzt der genannten Fachgebiete.

Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege ist der von dem Arzt erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte umfasst.

Psychiatrische Krankenpflege ist nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen benannten Diagnosen und Fähigkeitsstörungen.

Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege können, sofern die individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind, für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden. Die Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege neben inhaltlich gleichen Leistungen der Soziotherapie für denselben Zeitraum ist ausgeschlossen.

Möglich ist die Verordnung jedoch, wenn sich die Leistungen aufgrund ihrer jeweils spezifischen Zielsetzung ergänzen (**weitere Infos zur Soziotherapie**). Die Dauer und Abgrenzung der Leistungen zueinander muss der Arzt im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege und im soziotherapeutischen Betreuungsplan darlegen.

3.5.2 VERORDNUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

Siehe: Verwendung der Verordnungsvordrucke für HKP in Kapitel 4.3 zum **Muster 12**: Verordnung häusliche Krankenpflege

Im Gegensatz zu den anderen Verordnungsbereichen konnten Krankenhausärzte bereits in der Vergangenheit HKP verordnen. Nun hat der G-BA beschlossen, dass die Verordnung von HKP für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung des Patienten möglich ist (vorher: fünf Arbeits- bzw. Werktage). Auch hierbei gelten die Regelungen zur rechtzeitigen Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes und zur Anwendung der Vorgaben zum Entlassmanagement für Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

3.6. SOZIOThERAPIE

Soziotherapie ist eine Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen, durch die Krankenhausaufenthalte vermieden werden sollen. Die Patienten sollen durch Soziotherapie in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen oder ärztlich bzw. psychotherapeutisch veranlasste Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Soziotherapie beinhaltet strukturierte Trainings- und Motivationsmethoden und findet im sozialen Umfeld des Patienten statt. Der Patientenkreis ist eng gefasst und ergibt sich aus Diagnose, Schweregrad und krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

3.6.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- › § 37a SGB V
- › Soziotherapie-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/>)

3.6.2 SOZIOThERAPIE-RICHTLINIE

Der G-BA regelt in einer Richtlinie, wann und wie Soziotherapie verordnet werden kann.

Wer darf Soziotherapie verordnen?

Fachärzte mit den Gebietsbezeichnungen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten dürfen Soziotherapie verordnen. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten dürfen in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres dem Patienten eine Verordnung über Soziotherapie ausstellen. Die genannten Fachärzte und Psychotherapeuten müssen zusätzlich gegenüber ihrer KV erklären, dass sie in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen eingebunden sind.

Andere Vertragsärzte überweisen Patienten, die für Soziotherapie in Frage kommen, an einen der oben genannten Fachärzte oder Psychotherapeuten. Ist der Patient nicht in der Lage, diese Überweisung selbstständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer Leistungserbringer für maximal 5 Therapieeinheiten hinzugezogen werden. Dieser führt den Patienten dem Facharzt oder dem Psychotherapeuten zu.

Der behandelnde Arzt oder der Psychotherapeut formuliert zusammen mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten einen Betreuungsplan, der u. a. die Therapieziele enthält.

Verordnungsdauer

Pro Patient können **insgesamt 120 Stunden** Soziotherapie innerhalb eines Zeitraums von **höchstens drei Jahren** verordnet werden. Nach Ablauf von drei Jahren kann, sofern die Voraussetzungen vorliegen, erneut Soziotherapie verordnet werden, auch wenn die Verordnung durch die gleiche Krankheitsursache begründet ist.

Wirtschaftlichkeit

Soziotherapie-Verordnungen müssen von der Krankenkasse genehmigt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen prüft die Verordnungen. Wie alle Verordnungen unterliegen auch die Soziotherapie-Verordnungen grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

3.6.3 VERORDNUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

Siehe: Verwendung der Verordnungsvordrucke für Soziotherapie in Kapitel 4. 9 und 4.10 zu **Muster 26**: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V und **Muster 27**: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

Auch für die Möglichkeit der Verordnung von Soziotherapie im Rahmen des Entlassmanagements gelten die oben bereits dargestellten Regelungen zum Ordnungszeitraum, zur rechtzeitigen Information des weiterbehandelnden Arztes bzw. des Psychotherapeuten zum Verfall der Therapieeinheiten, die nicht inner-

halb von sieben Kalendertagen nach Entlassung in Anspruch genommen wurden sowie zur Anwendung der Regelungen auch in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Die Besonderheit bei der Verordnung von Soziotherapie: Das Gesamtkontingent umfasst 120 Therapieeinheiten je Krankheitsfall innerhalb von drei Jahren. Vom G-BA wurde beschlossen, dass zuvor getätigte vertragsärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnungen durch den Krankenhausarzt nicht zu berücksichtigen sind, der Vertragsarzt oder der Psychotherapeut jedoch die Verordnungen des Krankenhausarztes mit Blick auf den Gesamtverordnungszeitraum berücksichtigen muss.

3.7. AUSSTELLEN EINER ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

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

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

Während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit besteht Arbeitsunfähigkeit fort. Arbeitslose (Bezieher von Arbeitslosengeld I) sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Arbeitsagentur zur Verfügung gestellt haben.

Arbeitslose, die Arbeitslosengeld II (Grundsicherung für Arbeitssuchende – „Hartz IV“) beziehen, sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Entgeltfortzahlung

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung setzt voraus, dass das Arbeitsverhältnis länger als vier Wochen besteht und dem Arbeitnehmer kein Verschulden an der Arbeitsunfähigkeit trifft. Unter dieser Voraussetzung hat er gegenüber dem Arbeitgeber einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für bis zu sechs Wochen. Bei vorhandenen anrechenbaren Vorerkrankungen sind diese auf die 6 Wochen anzurechnen (§ 5 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz). Die Höhe der Entgeltfortzahlung bemisst sich nach dem Arbeitsentgelt, das dem Arbeitnehmer während seiner regelmäßigen Arbeitszeit zustehen würde.

Krankengeld

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie wegen einer Erkrankung arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Solange der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt fortzahlt, ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Erst nach Ablauf der Entgeltfortzahlung, also in der Regel nach sechs Wochen, erhält der Arbeitnehmer ein Krankengeld in Höhe von 70 % seines regelmäßigen Bruttoeinkommens, jedoch höchstens 90 % des monatlichen Nettoeinkommens.

Bei Empfängern von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld wird das Krankengeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gewährt, das der Versicherte zuletzt bezogen hat.

Krankengeld wird für eine Dauer von längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren im Fall von Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit gezahlt.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u. a. Bezieher von Arbeitslosengeld II (sofern sie keinen anderweitigen Anspruch auf Krankengeld haben), Rentner, Studenten und Familienversicherte.

3.7.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- › § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V
- › Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/2/>)

3.7.2 ARBEITSUNFÄHIGKEITS-RICHTLINIE

Ziel der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist es, ein bundesweit einheitliches Verfahren für die Zusammenarbeit zwischen dem Arzt, Krankenkasse und Medizinischem Dienst bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zu schaffen.

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit gemäß Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist Voraussetzung für den Anspruch der Versicherten auf Entgeltfortzahlung und Krankengeld.

Achtung! Damit Patienten von ihrer Krankenkasse Krankengeld bekommen, müssen sie den Zeitraum ihrer Arbeitsunfähigkeit lückenlos nachweisen. Dafür ist der Zeitpunkt entscheidend, an dem der Arzt die Arbeitsunfähigkeit feststellt. Dies muss bei weiterer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgen; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

3.7.3 VERORDNUNGEN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS

Siehe: Verwendung der Verordnungsvordrucke für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Kapitel 4.1 zum **Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**

Zukünftig können Krankenhausärzte auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung des Patienten ausstellen, soweit es für die Versorgung notwendig ist. Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gilt ebenfalls: Krankenhausärzte haben weiterbehandelnde Vertragsärzte rechtzeitig über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu informieren. Die Vorgaben zum Entlassmanagement werden auf Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation übertragen.

4. VERORDNUNGSVORDRUCKE FÜR DAS ENTLASSMANAGEMENT

Für die Verordnung der unter Kapitel 3 aufgeführten Leistungen und der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeit sind ausschließlich die Muster 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 27 und 28 der vertragsärztlichen Versorgung mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ im Personalienfeld gemäß des hier abgebildeten Musters zu verwenden:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Abbildung 1: Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ im Personalienfeld

Die Vordrucke der vertragsärztlichen Versorgung sind als verbindliche Muster in der Vordruckvereinbarung (**Anlage 2 des BMV-Ä**) festgelegt. Zu dieser untergesetzlichen Norm gehören auch die Vordruckerläuterungen. Auch diese gelten verbindlich. Einige wichtige Kernpunkte sind:

- › die ausschließliche Verwendung von Vordrucken, die von der zuständigen KV oder von sonst autorisierten Stellen zur Verfügung gestellt worden sind,
- › das Verbot zur Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie zur Verwendung in der Privatpraxis (das Entlassmanagement ist hiervon ausgenommen),
- › das Unterschreiben aller Vordrucke erst nach ihrer Ausfüllung (nicht blanko),
- › die sorgfältige Aufbewahrung erforderlicher Vordrucke und Stempel, sodass eine missbräuchliche Verwendung ausgeschlossen ist (Haftung des Arztes für schuldhaftes Verletzung der Sorgfaltspflicht.),
- › vom Arzt auszuführen: das vollständige, sorgfältige und leserliche Ausfüllen der Vordrucke, mit dem Stempel zu versehen und persönlich zu unterzeichnen.

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

Will ein Patient für veranlasste Leistungen eine Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung auf einem Vordruck gemäß der Vordruckvereinbarung vorzunehmen. Dabei ist anstelle der Angabe des Namens der Krankenkasse der Vermerk „Kostenerstattung“ anzubringen.

Alternativ können die Vordrucke über das sogenannte Blankoformularbedruckungs-Verfahren (**Anlage 2a BMV-Ä**) mittels zertifizierter Software und eines Laserdruckers von dem Arzt selbst in der Praxis oder vom Krankenhaus erzeugt werden. Dazu ist Sicherheitspapier zu verwenden. Ausnahme bildet das Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt). Sowohl beim konventionellen Verfahren als auch im Blankoformularbedruckungsverfahren sind die von autorisierten Vordruckverlagen hergestellten Rezepte zu verwenden. Die Software (der Praxis oder des Krankenhauses) generiert sowohl das eigentliche Formular als auch den Formularinhalt.

Bei der Erzeugung vertragsärztlicher Formulare im Rahmen der Blankoformularbedruckung wird für die meisten Vordrucke ein formularspezifischer Barcode generiert und auf das Blankoformular gedruckt.

Durch den Barcodeeinsatz bei der Blankoformularbedruckung werden direkt auf dem Formular lesbare Informationen redundant in einem Barcode gespeichert und damit in maschinenlesbarer Form bereitgestellt. Voraussetzung für das Erkennen des Barcodes ist der Einsatz von Barcode-Lesegeräten.

Das Technische Handbuch Blankoformularbedruckung (Anlage 2a) dient der Begleitung der technischen Umsetzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens und ist zwingend in der jeweils gültigen Fassung durch die Anbieter von Praxiscomputer-Software zu beachten.

Im Folgenden werden die Muster, die im Rahmen des Entlassmanagements für die Verordnung von Leistungen verwendet werden, vorgestellt und erläutert. Dem Nutzen entsprechend und um die Übersichtlichkeit zu bewahren, ist jeweils nur die Vorderseite des ersten Musters abgebildet. Die vollständigen Muster, die in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden (im Entlassmanagement mit Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“), finden sich in der Mustersammlung unter http://www.kbv.de/media/sp/02_Mustersammlung.pdf.

4.1. MUSTER 1: ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung und ist während dieser Zeit mit Muster 1 zu bescheinigen.

Der Arzt soll den für ihn bestimmten Durchschlag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1d) mindestens 12 Monate aufbewahren.

Die Bescheinigung ist bundesweit einheitlich und kann am Computer ausgefüllt oder auch per Blankoformularbedruckung erstellt werden.

„Im Krankengeldfall“

Im Feld „Im Krankengeldfall“ kann der Arzt „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ und „Endbescheinigung“ ankreuzen. Ersteres Kästchen kreuzt er an, wenn es sich um einen Krankengeldfall handelt. Steht bereits beim Ausstellen der Bescheinigung fest, dass die Arbeitsunfähigkeit an dem angegebenen Tag endet, setzt der Arzt ein weiteres Kreuz bei „Endbescheinigung“. Darüber hinaus wurden Anpassungen der Felder zur Angabe der Diagnosen sowie zur Einleitung besonderer Maßnahmen wie Rehabilitation oder stufenweise Wiedereingliederung vorgenommen.

Patient erhält einen Durchschlag

Patienten erhalten einen Durchschlag der AU-Bescheinigung. Dieser enthält einen Hinweis, dass für den Bezug von Krankengeld ein lückenloser Nachweis der AU erforderlich ist. Hintergrund ist, dass Patienten in der Vergangenheit den Anspruch auf Krankengeld verloren haben, wenn sie gegenüber ihrer Krankenkasse ihre AU nicht lückenlos nachweisen konnten. Den Arzt sichert der Hinweis zudem vor möglichen Schadensersatzansprüchen ab.

Das Muster 1 besteht aus einem vierteiligen Formularsatz:

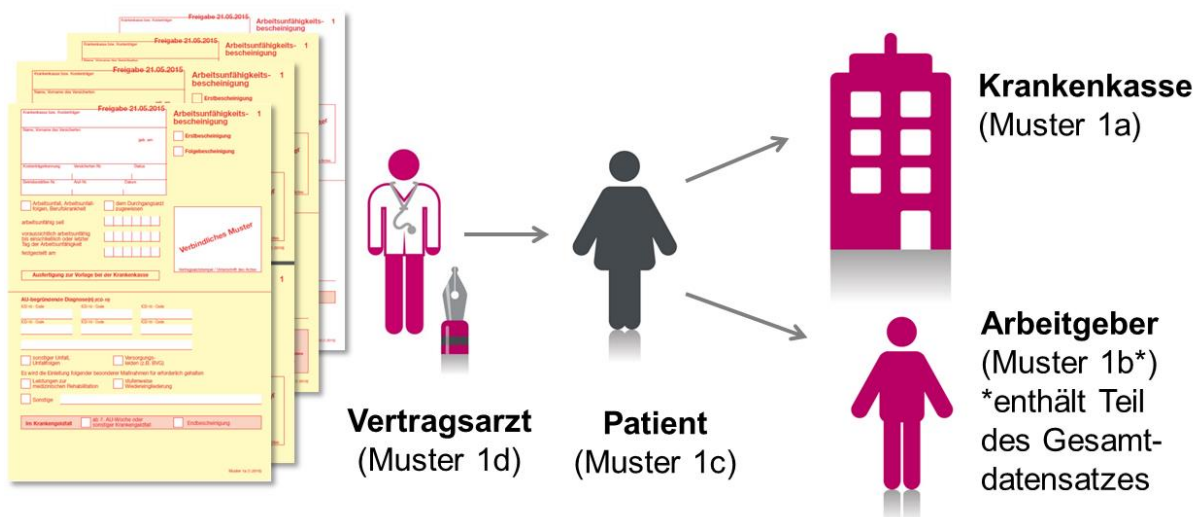


Abbildung 2: Formularsatz Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1)

<div style="text-align: center; font-weight: bold; color: red; font-size: 2em; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.5;">Entlassmanagement</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</h2> <p><input type="checkbox"/> 1 Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Folgebescheinigung</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p><input type="checkbox"/> 2 Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p>arbeitsunfähig seit</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit</p> <p>festgestellt am</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p><input type="text"/> 3</p> <p><input type="text"/> 4</p> <p><input type="text"/> 5</p>															
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</div>	<div style="border: 1px solid red; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> MUSTER </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>															

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)		
<input type="text"/> 6 ICD-10 - Code	<input type="text"/> 6 ICD-10 - Code	<input type="text"/> 6 ICD-10 - Code
<input type="text"/> 6 ICD-10 - Code	<input type="text"/> 6 ICD-10 - Code	<input type="text"/> 6 ICD-10 - Code
<input type="text"/> 6		
<input type="checkbox"/> 7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> 8 Versorgungs- leiden (z.B. BVG)	
Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten		
<input type="checkbox"/> 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> 9 stufenweise Wiedereingliederung	
<input type="checkbox"/> 9 Sonstige <input style="width: 500px;" type="text"/>		
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> 10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> 11 Endbescheinigung </div>		

Muster 1a (1.2016)

Abbildung 3: Vordruckerläuterung für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1)

1 Erst-/ Folgebescheinigung

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist vom behandelnden Arzt anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

2 Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

Liegt kein Ausnahmesachverhalt vor, welcher den behandelnden Arzt gemäß § 26 des Vertrages Ärzte mit den Unfallversicherungsträgern (§ 34 Abs. 3 SGB VII) von der Vorstellungspflicht bei dem Durchgangsarzt befreit, ist zusätzlich „dem Durchgangsarzt zugewiesen“ anzukreuzen. Eine Vorstellung bei einem Durchgangsarzt ist z. B. nicht erforderlich, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus nicht zur Arbeitsunfähigkeit führt, die notwendige ärztliche Behandlung voraussichtlich nicht über eine Woche andauert, keine Heil- und Hilfsmittel zu verordnen sind oder es sich nicht um eine Wiedererkrankung aufgrund von Unfallfolgen handelt. Bei einer isolierten Augen- oder HNO-Verletzung überweist der behandelnde Arzt unmittelbar an einen Facharzt. Bei besonderen Verletzungen wie schweren, komplizierten Arm- oder Beinbrüchen erfolgt eine Überweisung an ein Krankenhaus, das am Verletzungs- bzw. Schwerstverletzungsartenverfahren der Unfallversicherung beteiligt ist. Diese Verletzungen sind in dem Vertragsartenverzeichnis aufgelistet (Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Andere Verletzungen, die stationärer Versorgung bedürfen, können in Krankenhäusern mit Durchgangsarzten behandelt werden.

3 arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an bei Versicherten nach dem von dem behandelnden Arzt erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme des behandelnden Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tage zulässig.

Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Fall sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, kann die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ unterbleiben.

Die Angaben sind ausschließlich sechstellig im Format TTMMJJ (z.B. 010215) anzugeben.

4 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen ärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit z.B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der behandelnde Arzt kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen

„Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

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

5 festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum ärztlich festgestellt wurde.

Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut ärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für Versicherte.

6 AU-begründende Diagnose(n)

Bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle, die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD-10-Kodierung notwendig ist.

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

8 Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- › Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden)
- › Opferentschädigungsgesetz (z.B. Opfer von Gewalttaten)
- › Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe)
- › Soldatenversorgungsgesetz

9 Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Sofern der behandelnde Arzt die Notwendigkeit zur Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, stufenweisen Wiedereingliederung oder sonstiger Maßnahmen (z.B. Leistungen zur Teilhabe oder betriebliches Eingliederungsmanagement) für erforderlich hält, sollte dies möglichst gleichzeitig zusammen mit dem/der Versicherten auf dem dafür vorgesehenen Antrag/Verordnungsmuster eingeleitet werden und der Antrag unter „Sonstige“ angegeben werden. Ist eine direkte Einleitung nicht möglich, ist die Empfehlung hier anzugeben.

10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der behandelnde Arzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z. B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des behandelnden Arztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Arzt beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

11 Endbescheinigung

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

4.2. MUSTER 8: SEHHILFENVERORDNUNG

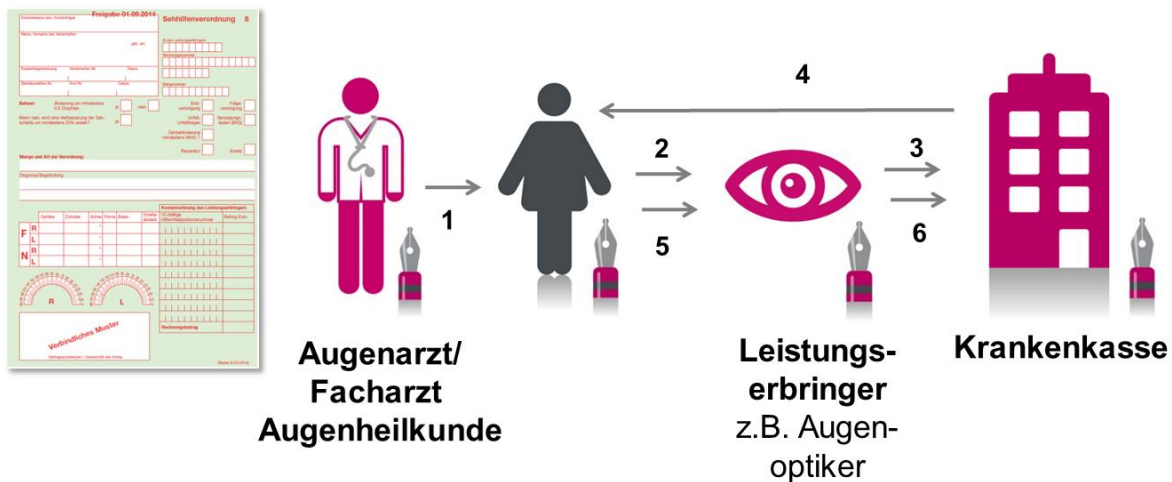


Abbildung 4: Formularsatz Sehhilfenverordnung (Muster 8)

Die Verordnung von Sehhilfen ist in der Regel nicht unmittelbar durch das Krankenhaus erforderlich. Ausnahmen von dieser Regelung müssen begründet werden. Daher ist von der Verwendung des Musters 8 abzusehen.

Bei der Notwendigkeit einer Versorgung händigt der Arzt dem Patienten die Verordnung mit ärztlichen Angaben und seiner Unterschrift aus. Bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe unterschreibt der Patient auf der Rückseite des Musters 8 eine Erklärung, dass er ggf. noch keine Sehhilfe hatte oder diese verloren gegangen ist. Mit der unterzeichneten Sehhilfenverordnung sucht der Patient einen nichtärztlichen Leistungserbringer seiner Wahl auf, z. B. einen Augenoptiker, der die Verordnung zunächst der jeweiligen Krankenkasse übermittelt, um eine Entscheidung zur Kostenübernahme der Sehhilfe einzuholen.

Die Krankenkasse übermittelt das Muster 8 ggf. mit Angabe über die Höhe der Kostenübernahme dem Patienten, der damit erneut den Augenoptiker aufsucht, um die Sehhilfe final anzupassen. Abschließend bestätigt der Patient mit seiner Unterschrift den Empfang seiner Sehhilfe auf der Rückseite des Musters. Der Augenoptiker unterzeichnet ebenfalls eine Bescheinigung, dass er die Sehhilfe ordnungsgemäß angepasst und dem Patienten ausgegeben hat und sendet das Muster 8 schließlich wieder an die Krankenkasse, wo das Muster verbleibt und auf dieser Grundlage eine Abrechnung mit dem Leistungserbringer erfolgt.

Freigabe 30.03.2017
Entlassmanagement

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		gab. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Sehhilfenverordnung 8

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belagnummer

Befund: Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja nein

Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja

Erstversorgung Folgeversorgung

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Sehbehinderung mindestens WHO 1

Reparatur Ersatz

Menge und Art der Verordnung:

Diagnose/Begründung:

		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand
F	R			°			
	L			°			
N	R			°			
	L			°			

Kostenrechnung des Leistungserbringers	
10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Rechnungsbetrag	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>

R

L

Verbindliches Muster

Vortragsstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 8 (10.2014)

Abbildung 5: Ausfüllhilfe für die Sehhilfenverordnung (Muster 8)

4.3. MUSTER 12: VERORDNUNG HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Das Muster 12 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz:

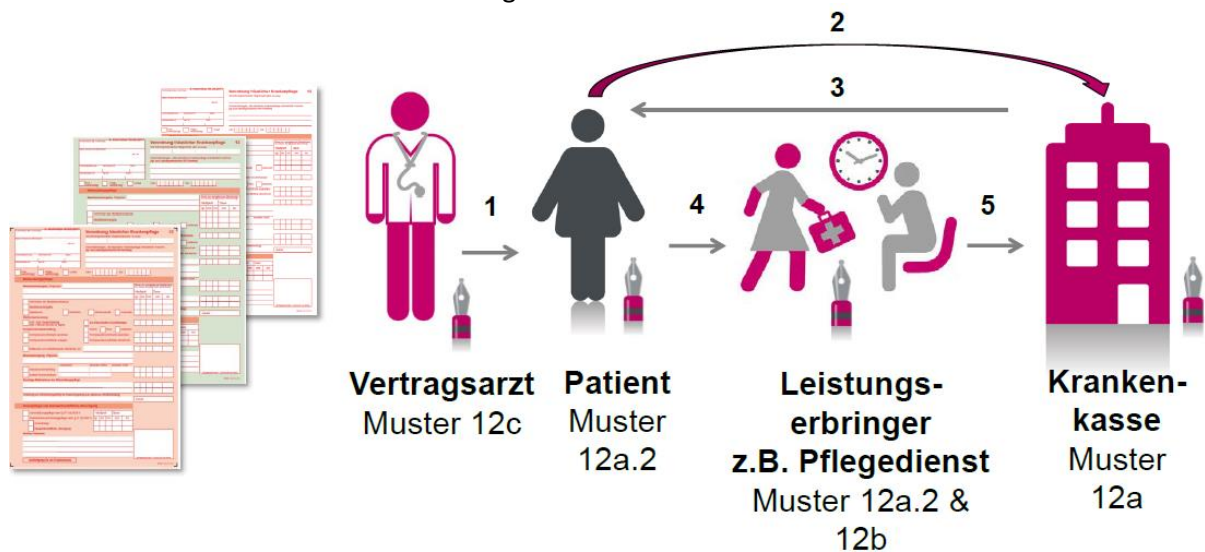


Abbildung 6: Formularsatz Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12)

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

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

Insbesondere wird auf folgende Punkte hingewiesen:

1. Die Verordnung von HKP ist nur zulässig, wenn der Patient wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die HKP 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 oder Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden, soweit bei dem Versicherten keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege als Voraussetzung für die Verordnung ist in diesem Fall nicht erforderlich.

In der Verordnung ist anzugeben, ob HKP zur Vermeidung der

- › **Krankenhausbehandlung** (Krankenhausvermeidungspflege) **oder**
- › zur **Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung** (Sicherungspflege) erfolgt.

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur im Zusammenhang mit der Behandlungspflege verordnet werden. Dies setzt bei der Sicherungspflege ferner voraus, dass die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsieht und der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.

2. Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich der Arzt von dem Zustand des Kranken und der **Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich** überzeugt hat oder dass ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

3. Die Verordnung von HKP hat zu unterbleiben, wenn dem Arzt bekannt ist, dass der Versicherte oder eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann. Ist dies nur für Teilbereiche möglich, so hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben.

4. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere

- › die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege,
- › die zu erbringenden Leistungen sowie
- › deren Beginn, Häufigkeit und Dauer

anzugeben.

Es sind nur Maßnahmen verordnungsfähig, die in dem in der Anlage der Richtlinie angeführten **Leistungsverzeichnis** aufgeführt sind. Dabei sind die im Verzeichnis enthaltenen Hinweise (Bemerkungsspalte) zur Verordnungsfähigkeit zu beachten und ggf. **Besonderheiten** (z. B. Beeinträchtigung der Sehfähigkeit) in der Verordnung anzugeben.

In dem Verzeichnis sind zu einigen behandlungspflegerischen Leistungen Aussagen zur **Dauer** der Verordnung und zur **Häufigkeit** der Verrichtungen angegeben; weicht der behandelnde Arzt von diesen Empfehlungen ab, hat er dies in der Verordnung zu begründen.

5. Die von dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite Muster 12a) bedürfen der **Genehmigung** durch die **Krankenkasse** (Rückseite Muster 12b, c). Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die von dem Arzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am **dritten** der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V.

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den behandelnden Arzt über die Gründe zu informieren.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

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

vom TTMMJJ bis TTMMJJ

7 Behandlungspflege

8 Medikamentengabe, Präparate

Häufigkeit **6** Dauer

tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

9 Blutzuckermessung

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

10 Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen

Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

11 Wundversorgung, Präparate

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad				
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

Anzahl

14 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

	Häufigkeit	Dauer			
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V					
<input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V					
<input type="checkbox"/> Grundpflege					
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung					

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 12a (10.2017)

Abbildung 7: Vordruckerläuterung für die häusliche Krankenpflege (Muster 12)

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 Häusliche Krankenpflege-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 verordnungsrelevanten 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 vom - bis

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die Maßnahmen erbracht werden sollen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

6 Häufigkeit/Dauer

In diesen Feldern sind Häufigkeit (täglich, wöchentlich, monatlich) und Dauer (vom – bis) der zu erbringenden Maßnahmen anzugeben. Angaben zur Dauer und Häufigkeit orientieren sich am Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Die Angabe „Dauer“ bei einzelnen Maßnahmen ist nur bei einer Abweichung von der Dauer der gesamten Verordnung (siehe „vom – bis“) notwendig.

7 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 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu entnehmen.

8 Medikamentengabe

Bei der Verordnung der Medikamentengabe ist Nr. 26 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Verordnungsvordruck 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.

9 Blutzuckermessung

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

10 Kompressionsbehandlung

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

11 Wundversorgung

Bei der Verordnung von Leistungen der Wundversorgung ist Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Verordnungsvordruck 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.

12 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Hier können weitere oder andere als die unter 8. bis 11. genannten Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnet werden.

13 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 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu beachten.

14 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 die Versicherten keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

15 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 MDK 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.

16 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 Krankenseinweisung aus nachvollziehbaren Gründen 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 MDK 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.

17 Grundpflege

Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die im Rahmen der Grundpflege erforderlichen Maßnahmen sind ggf. im Feld „weitere Hinweise“ näher zu beschreiben. Die verordnungsfähigen Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (Nr. 1 – 4) aufgeführt.

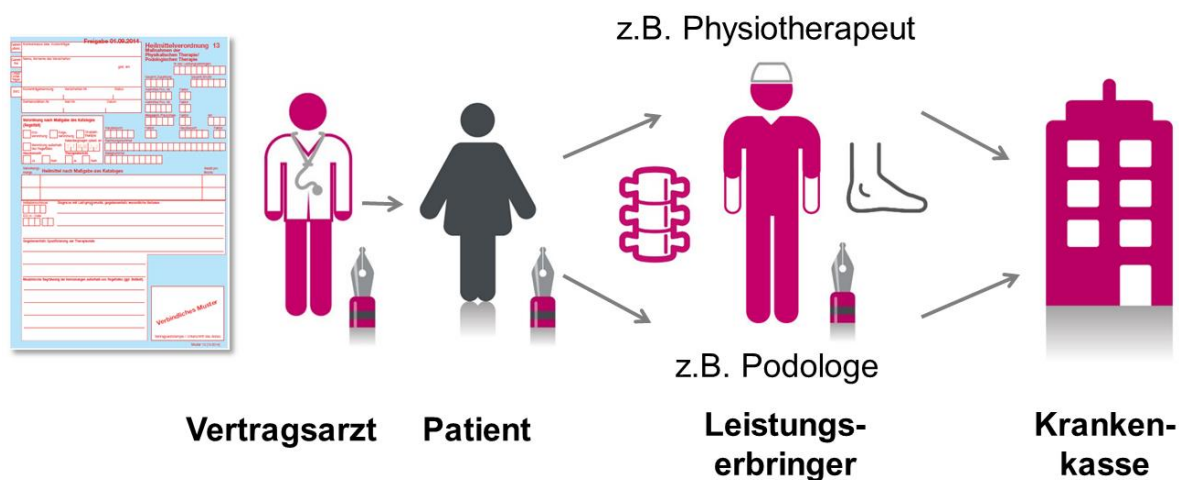
18 Hauswirtschaftliche Versorgung

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

4.4. MUSTER 13: HEILMITTELVERORDNUNG (MAßNAHMEN DER PHYSIKALISCHEN THERAPIE/PODOLOGISCHEN THERAPIE)

Die Heilmittelverordnung für Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Podologischen Therapie wird vom Vertragsarzt ausgestellt.

Der Vertragsarzt händigt die unterschriebene Heilmittelverordnung dem Patienten aus, der damit einen Heilmittelerbringer seiner Wahl aufsucht, z. B. Physiotherapeut oder Podologe. Im Rahmen der Behandlung bestätigt der Patient die einzelnen in Anspruch genommenen Maßnahmen mit seiner Unterschrift auf der Rückseite des Musters. Der Leistungserbringer sendet die von ihm bestätigte und unterschriebene Heilmittelverordnung zur Abrechnung an die zuständige Krankenkasse oder beauftragt einen externen Dienstleister (Abrechnungszentrum) mit der Abrechnung bei der jeweiligen Krankenversicherung.



i. d. R. nicht genehmigungspflichtig

Abbildung 8: Formularsatz Heilmittelverordnung - Maßnahmen Physikalische & Podologische Therapie (Muster 13)

Freigabe 30.03.2017

Entlassmanagement

Heilmittelverordnung 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten
	geb. am
Unfall/Unfallfolgen	

BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch: Ja Nein

Therapiebericht: Ja Nein

Behandlungsbeginn spätest. am: T T M M J J

Hausbesuch

--	--	--	--

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung

--	--	--	--	--

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Wegegeld-/Pauschale

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

km

--	--	--

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

--	--	--	--

ICD-10 - Code

--	--	--	--

ICD-10 - Code

--	--	--	--

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (1.2017)

Abbildung 9: Vordruckerläuterungen für eine Heilmittelverordnung (Muster 13)

1 Erstverordnung; 2 Folgeverordnung; 3 Verordnung außerhalb des Regelfalles

Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

1 Erstverordnung

Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ von dem Arzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdiagnostik durch den Arzt notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß Heilmittel-Richtlinie durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld 12).

2 Folgeverordnung

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ von dem Arzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Physikalischen Therapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt ist wieder eine Erstverordnung auszustellen (vgl. § 7 HeilM-RL). Auch vor Folgeverordnungen ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld 1).

3 Verordnung außerhalb des Regelfalles **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

4 Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von dem Arzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifischen gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

Die podologische Behandlung erfolgt ausschließlich als Einzeltherapie. Eine Gruppentherapie ist nicht verordnungsfähig.

5 Behandlungsbeginn spätestens am **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

6 Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von dem Arzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

7 Therapiebericht

Auf Wunsch kann der Arzt einen Therapiebericht bei dem Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

8 Verordnungsmenge

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Angabe der Verordnungsmenge den Wert gemäß ausgewähltem Diagnoseschlüssel ggf. in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (HeilM-RL Teil 2) nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.

9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Podologischen Therapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Im Falle der Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination“ ist es möglich, die im Heilmittelkatalog unter „D1“ subsumierten Heilmittel zu spezifizieren.

Besonderheit bei der Verordnung einer manuellen Lymphdrainage

Soweit nach Maßgabe des Heilmittelkataloges die manuelle Lymphdrainage (LY1 bis LY3) als Heilmittel zu verordnen ist, hat in dem Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ neben dem Heilmittel „Manuelle Lymphdrainage“ auch die Minutenangabe in Höhe von 30, 45 oder 60 Minuten zu erfolgen. Alternativ ist auch die Angabe des Heilmittels zusammen mit der Minutenzahl in Kurzform entsprechend dem Heilmittelkatalog möglich (MLD-30, MLD-45 oder MLD-60). Bei einer erforderlichen Kompressionsbandagierung (lymphologischer Kompressionsverband) im Zusammenhang mit manueller Lymphdrainage ist diese zusätzlich in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 mit Kompressionsbandagierung“). Gegebenenfalls erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind.

10 Anzahl pro Woche

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist von dem Arzt eine Frequenzempfehlung anzugeben. Eine Empfehlung zur Behandlungsfrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel zu geben.

11 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der Heilmittelverordnung aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog zusammen (z. B. ZN2a oder DFa).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

13 ICD-10-Code

Auf der Heilmittelverordnung ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Geltendmachung besonderer Ordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Ordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Ordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist (gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015).

14 Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Die Therapieziele sind von dem Arzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

15 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt) **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

4.5. MUSTER 14: HEILMITTELVERORDNUNG (MAßNAHMEN DER STIMM-, SPRECH- UND SPRACHTHERAPIE)

Der Vertragsarzt stellt die Verordnung mit seiner Unterschrift aus und übermittelt diese dem Patienten.

Der Prozessverlauf entspricht dem der Heilmittelverordnung für Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Podologischen Therapie.

Auch hier kann der Patient einen Heilmittelerbringer seiner Wahl aufsuchen, bspw. einen Logopäden, um bei diesem die verordneten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf der Rückseite des Musters 14 bestätigt der Patient die vom Leistungserbringer erhaltenen Therapieeinheiten mit seiner Unterschrift. Nach Bestätigung des nichtärztlichen Leistungserbringers kann dieser die Heilmittelverordnung an die zuständige Krankenkasse zur Abrechnung der Leistungen senden oder beauftragt einen externen Dienstleister (Abrechnungszentrum) mit der Abrechnung bei der jeweiligen Krankenversicherung.

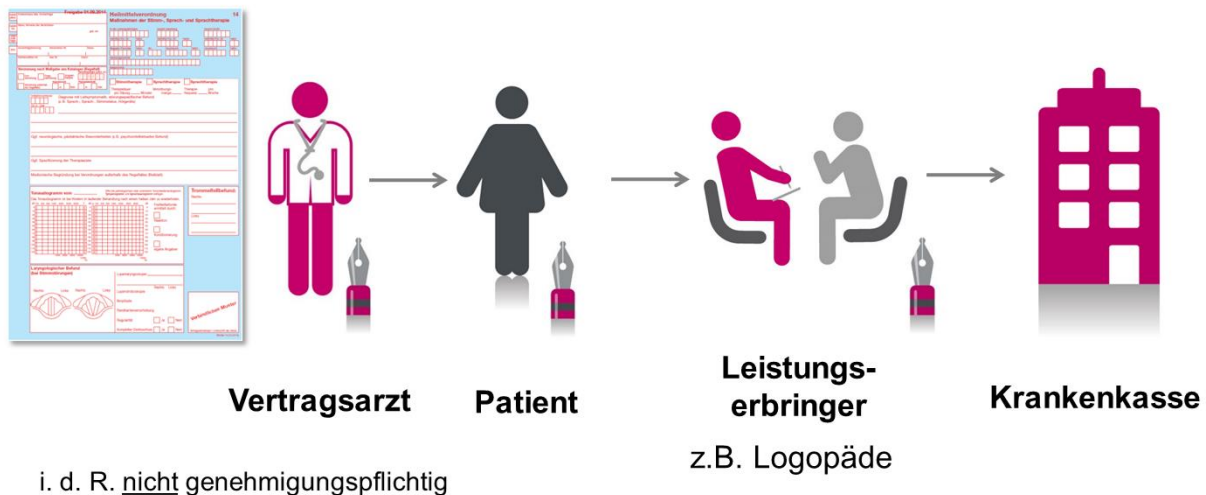


Abbildung 10: Heilmittelverordnung - Maßnahmen Stimm-/Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14)

Gebührpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Entlassmanagement	Heilmittelverordnung			14
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten			Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie			
Unterschiedliche	geb. am			IK des Leistungserbringers			
BVG	Koartikulationskennung	Versicherungs-Nr.	Status	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
	Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)			Rechnungsnummer			
	1. Erstverordnung	2. Folgeverordnung	4. Gruppen-therapie	Belegnummer			
	3. Verordnung außerhalb des Regelfalles	6. ausbeobachtet	7. Therapieerfolg	8. Stimmtherapie			
		5. Behandlungsbeginn spätestens am		9. Sprechtherapie			
				10. Sprachtherapie			
				Therapiedauer pro Sitzung: 9. Minuten			
				Verordnungsmenge: 10.			
				Therapiefrequenz: 11. pro Woche			
	12. Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)					
	14. D-10-Code						
	14. D-10-Code						
	15.	Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)					
	16.	Ggf. Spezifizierung der Therapieziele					
	17.	Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)					
	18.	Tonaudiogramm vom _____ <small>Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.</small>					
		Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.					
		dB re 125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz		dB re 125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz		dB	
		1500 3000 6000 10000 Hz		1500 3000 6000 10000 Hz		120	
		Freifeldbefunde ermittelt durch:					
		<input type="checkbox"/> Reaktion					
		<input type="checkbox"/> Konditionierung					
		<input type="checkbox"/> eigene Angaben					
	19.	Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)					
		Rechts Links		Rechts Links		Lupenlaryngoskopie: _____	
		Rechts Links		Rechts Links		Lupenstroboskopie	
		Rechts Links		Rechts Links		Amplitude	
		Rechts Links		Rechts Links		Randkantenverschiebung	
		Rechts Links		Rechts Links		Regularität <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Rechts Links		Rechts Links		Kompletter Glottisschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Rechts Links		Rechts Links		MUSTER	
		Rechts Links		Rechts Links			
		Rechts Links		Rechts Links		Muster 14 (1.2017)	

Abbildung 11: Vordruckerläuterungen für eine Heilmittelverordnung (Muster 14)

1 Erstverordnung; 2 Folgeverordnung; 3 Verordnung außerhalb des Regelfalles

Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

1 Erstverordnung

Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ von dem Arzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdiagnostik durch den behandelnden Arzt notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß Heilmittel-Richtlinie durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld 13).

2 Folgeverordnung

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ von dem Arzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt, ist wieder eine Erstverordnung auszustellen (vgl. § 7 HeilM-RL). Auch vor Folgeverordnungen ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld 1).

3 Verordnung außerhalb des Regelfalles **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

4 Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von dem Arzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifischen gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

5 Behandlungsbeginn spätestens am entfällt i. R. des Entlassmanagements

6 Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von dem Arzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

7 Therapiebericht

Auf Wunsch kann der Arzt einen Therapiebericht beim Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

8 Stimmtherapie, Sprechtherapie und Sprachtherapie

Der Arzt verordnet durch ankreuzen eines entsprechenden Kästchens Stimmtherapie, Sprechtherapie und/oder Sprachtherapie. Es muss mindestens ein Heilmittel verordnet werden.

9 Therapiedauer pro Sitzung

Die Therapiedauer ist nach Maßgabe des Heilmittelkataloges in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des Patienten mit den Minutenangaben 30, 45 oder 60 Minuten auszufüllen.

10 Verordnungsmenge und 11 Therapiefrequenz

Für das Entlassmanagement gilt § 16a der Heilmittel-Richtlinie entsprechend: „Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass der Verordnungszeitraum von sieben Tagen nicht überschritten wird.“

Besonderheit bei der Verordnung von Stimmtherapie bei Aphonie

Für die Diagnosegruppe ST3 (Psychogene Erkrankungen der Stimme – Aphonie) kann der Arzt mehrere Einheiten pro Tag verordnen.

12 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie lediglich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SC2 oder RE1).

13 Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z. B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges und therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Befundergebnisse können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben (siehe Erläuterungen zu Feld 1).

14 ICD-10-Code

Auf der Heilmittelverordnung ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code² anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Geltendmachung besonderer Ordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Ordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Ordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist.

15 Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z. B. psychointellektueller Befund)

In diesem Feld kann der Arzt neurologische und pädiatrische Besonderheiten angeben, die für eine Maßnahme der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie von Relevanz sind.

16 Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Therapieziele sind von dem Arzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

17 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

entfällt i.R. des Entlassmanagements

18 Tonaudiogramm/ Trommelfellbefund/ Laryngologischer Befund

In diesen Feldern kann der Arzt therapierelevante Befundergebnisse der ärztlichen Diagnostik angeben.“

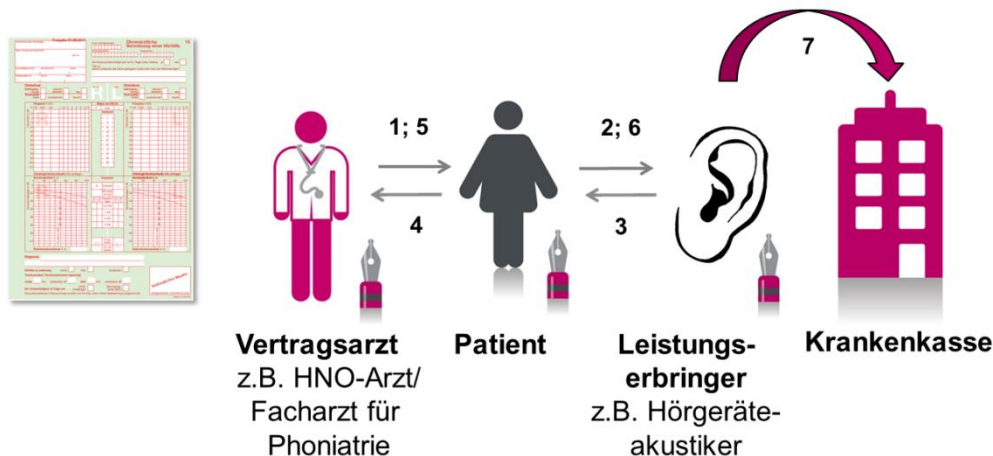
4.6. MUSTER 15: OHRENÄRZTLICHE VERORDNUNG EINER HÖRHILFE

Die Verordnung von Hörhilfen ist in der Regel nicht unmittelbar durch das Krankenhaus erforderlich. Ausnahmen von dieser Regelung müssen begründet werden. Daher ist von der Verwendung des Musters 15 abzusehen.

Der Arzt stellt die Verordnung für eine Hörhilfe aus und übergibt diese unterschrieben und mit ärztlichen Angaben dem Patienten. Die Verordnung ist in der Regel genehmigungsfrei, sodass sich der Patient mit dem Muster 15 direkt an einen nichtärztlichen Leistungserbringer seiner Wahl wenden kann, zumeist an einen Hörgeräteakustiker.

Hat sich der Patient für eine Hörhilfe entschieden, füllt der Hörgeräteakustiker auf der Rückseite des Musters einen entsprechenden Kostenvoranschlag aus. Der Hörgeräteakustiker passt die Hörhilfe über einen längeren Zeitraum bei dem Patienten an. Ist der Anpassungsprozess beendet, sucht der Hörhilfen-versorgte Patient mit der Verordnung erneut den Arzt auf und holt dort eine ärztliche Bescheinigung ein, dass die vorgeschlagene Hörhilfe der ärztlichen Verordnung entspricht, eine ausreichende Hörverbesserung erzielt und dementsprechend zweckmäßig ist (Rückseite des Musters 15).

Abschließend wendet sich der Patient wieder an den Hörgeräteakustiker, dem er die Verordnung aushändigt und seine Hörhilfe in Empfang nimmt. Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Rückseite des Musters den Erhalt der Hörhilfe, sodass der Hörgeräteakustiker die Verordnung zur Abrechnung seiner Leistung an die entsprechende Krankenkasse senden kann.



i. d. R. nicht genehmigungspflichtig

Abbildung 12: Formularsatz Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15)

1. Die Verordnung einer Hörhilfe bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument erfolgt grundsätzlich unter Verwendung des Musters 15.
2. Die Verordnung setzt eine tonaudiometrische und auch eine sprachaudiometrische Untersuchung voraus. Bei Verordnung eines Tinnitusmaskers sind die Frequenz und die Verdeckbarkeit mit zu bestimmen. Die Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument darf nur von solchen Ärzten vorgenommen werden, die in der Lage sind, die erforderlichen ton- und sprachaudiometrischen Befunde vollständig zu erheben und die entsprechende Indikationsstellung vorzunehmen. Es ist nicht statthaft, hiermit Hörgeräteakustiker zu beauftragen und dann entsprechend deren Angaben das Ausfüllen des Musters 15 vorzunehmen.
3. Der Arzt hat auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen, ob es sich um eine Erst- oder Nachversorgung handelt. Eine Nachversorgung ist zu begründen.
4. Bei Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument ist durch Ankreuzen kenntlich zu machen, ob die Versorgung rechts, links oder beidseitig notwendig ist.
5. Auf dem Verordnungsblatt ist durch Ankreuzen zu kennzeichnen, ob die Versorgung mit einer Hörhilfe aufgrund eines Unfalls, Unfallfolgen oder eines Versorgungsleidens (BVG) notwendig ist.
6. Der Arzt hat sich nach Anpassung der verordneten Hörhilfe davon zu überzeugen, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird und auf dem Vordruck zu bestätigen, dass das Gerät zweckmäßig ist.

Der Arzt hat sich bei der Versorgung mit einem Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument von der ausreichenden Zweckmäßigkeit für den Patienten zu überzeugen und dies auf dem Vordruck zu bestätigen.

Freigabe 30.03.2017

Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe 15

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Name, Vorname des Versicherten: geb. am:

Kostenträgerkennung: Versicherungs-Nr.: Status:

Betriebsstätten-Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

IK des Leistungserbringers:

Rechnungsnummer: Bolognummer:

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes ja nein

Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?

Ohrbefund

Rechts **R** Links **L**

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

<p>Rechts R</p> <p>Frequenz in kHz: 0,125 0,25 0,5 1 1,5 2 3 4 6 8 10</p> <p>Hörverlust in dB: -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110</p> <p>Unbehaglichkeitsschwelle bitte eintragen</p>	<p>Weber bei 500 Hz</p> <p>R med. L</p> <p>Geräusch: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 dB</p>	<p>Links L</p> <p>Frequenz in kHz: 0,125 0,25 0,5 1 1,5 2 3 4 6 8 10</p> <p>Hörverlust in dB: -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110</p> <p>Unbehaglichkeitsschwelle bitte eintragen</p>																											
<p>Verständlichkeit in %: 0 20 40 60 80 100</p> <p>Sprachschalbegegl in dB: 5 20 35 50 65 80 95 110</p> <p>Hörverlust (dB): <input type="text"/></p> <p>Diskriminationsverlust in %: <input type="text"/></p>	<p>Impedanz</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>R</td> <td>Sondenrohr</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MO-Druck mm H₂O</td> <td></td> </tr> <tr> <td>dB HL</td> <td>Stapedius-Reflex</td> <td>dB HL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,5 kHz</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 kHz</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 kHz</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 kHz</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>FL Spr. (Zahlen)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Um. Spr. (Zahlen)</td> <td></td> </tr> </table>	R	Sondenrohr	L		MO-Druck mm H ₂ O		dB HL	Stapedius-Reflex	dB HL		0,5 kHz			1 kHz			2 kHz			4 kHz			FL Spr. (Zahlen)			Um. Spr. (Zahlen)		<p>Verständlichkeit in %: 0 20 40 60 80 100</p> <p>Sprachschalbegegl in dB: 5 20 35 50 65 80 95 110</p> <p>Hörverlust (dB): <input type="text"/></p> <p>Diskriminationsverlust in %: <input type="text"/></p>
R	Sondenrohr	L																											
	MO-Druck mm H ₂ O																												
dB HL	Stapedius-Reflex	dB HL																											
	0,5 kHz																												
	1 kHz																												
	2 kHz																												
	4 kHz																												
	FL Spr. (Zahlen)																												
	Um. Spr. (Zahlen)																												

Diagnose

Hörhilfe ist notwendig rechts links beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts kHz verdeckbar dB links kHz verdeckbar dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von Unfall, Unfallfolgen Versorgungs-leiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen

Verbindliches Muster

Vertragstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 15 (10.2014)

Abbildung 13: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15)

4.7. MUSTER 16: ARZNEIVERORDNUNGSBLATT

Im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung stellt der Arzt dem Patienten ein Rezept auf dem Muster 16 mit ärztlicher Unterschrift aus. Der Patient wendet sich mit dem Rezept an einen nichtärztlichen Leistungserbringer, z. B. Apotheke seiner Wahl, um das verordnete Arzneimittel zu erhalten. Der Apotheker zeichnet das vom Patienten übermittelte Rezept mit einem zurück verfolgbareren Kürzel gegen und verwahrt dieses zunächst in der Apotheke.

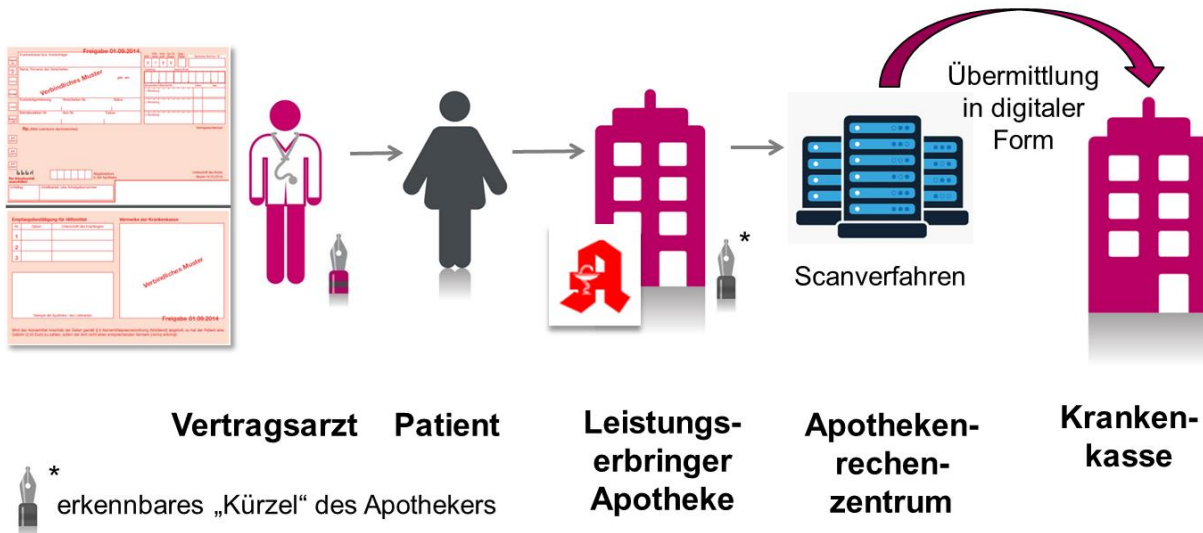


Abbildung 14: Formularsatz Verordnung von Arzneimitteln (Muster 16)

Die Arzneimittelverordnungsblätter werden in variablen zeitlichen Abständen vom zuständigen Apothekenrechenzentrum abgeholt. Im Rechenzentrum erfolgt ein Scanverfahren der Verordnungen, auf Grundlage dessen die Verordnungsblätter in digitaler Form zeitnah an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden. Die Arzneiverordnungsblätter werden später in Papierform an die Krankenkasse übermittelt.

Freigabe 30.03.2017

Entlassmanagement

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei	6	7	8	9				
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	geb. am							
Sonstige	Kostenträgerkennung		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall	Versicherten-Nr.		1. Verordnung					
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		2. Verordnung					
	Arzt-Nr.		3. Verordnung					
	Datum						Vertragsarztstempel	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
aut idem							Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
aut idem								
aut idem								
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

Abbildung 15: Arzneiverordnungsblatt (Muster 16)

1. Der Arzt darf nur Arzneiverordnungsblätter verwenden, die diejenige Betriebsstättennummer in der Codierleiste enthalten, an deren zugehöriger Betriebsstätte er/sie die jeweilige Leistung erbracht hat. Wurde im Personalienfeld die Arzt-Nr. bereits eingedruckt, ist eine aushilfsweise Weitergabe des gekennzeichneten Vordrucks an einen anderen Arzt nicht statthaft.

2. Auf dem Arzneiverordnungsblatt können

- › **bis zu drei** verschiedene Arznei- und Verbandmittel sowie
- › Hilfsmittel mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen verordnet werden.

Für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sind **getrennte** Verordnungsblätter zu verwenden.

3. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 16. Dezember 1981 nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt verordnet werden.

4. Werden für freiwillig Versicherte, die die Kostenerstattung durch eine gesetzliche Krankenkasse in Anspruch nehmen wollen, Mittel verordnet, die zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind, ist das Muster 16 zu verwenden, die Angabe des Namens der Krankenkasse und das Krankenkassen-IK zu streichen und stattdessen das Wort „Kostenerstattung“ einzutragen.

Für die Verordnung von Mitteln und Maßnahmen, die nicht zur Behandlung des Patienten notwendig sind oder die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, ist ein Privatrezept zu verwenden (z. B. für empfängnisverhütende Mittel für Versicherte, die das 20. Lebensjahr vollendet haben).

5. Grundsätzlich ist von der Gebührenpflicht der Verordnung auszugehen und das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen.

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- › bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- › wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
- › bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,
- › sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

6. Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 EUR) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

7. Wenn eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird, so sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) in den dafür vorgesehenen Feldern anzugeben. Weiterhin ist das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ zu kennzeichnen. Erfolgt die Beschriftung des Patientenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte, so ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

8. Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) ist, wie bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz, das Feld 6 (BVG) zu kennzeichnen.

9. Will der Arzt zu einer Verordnung ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, hat er den Ausschluss durch Ankreuzen des Autidem-Feldes auf dem Verordnungsblatt kenntlich zu machen.

Hinweis: Andernfalls Substitution nach Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V.

10. Bei der Verordnung von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden. Pro Rezeptur ist ein Verordnungsblatt zu verwenden.

11. Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln sind folgende Sonderkennzeichnungen auf dem Verordnungsblatt vorzunehmen:

- › Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
- › Die Felder 8 und 9 finden Anwendung bei der Verordnung von Impfstoffen und Sprechstundenbedarf.

12. Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

13. Beim Ausfüllen des Vordruckes ist darauf zu achten, dass keine Leerräume verbleiben oder entstehen, die für Manipulationen benutzt werden können. Um zu vermeiden, dass unbefugterweise noch weitere Arzneiverordnungen (insbesondere mit Suchtpotenzial) hinzugefügt werden können, hat der Arzt seine Unterschrift unmittelbar unter die letzte Verordnung auf das Arzneiverordnungsblatt zu setzen.

14. Die Abrechnungsfelder im rechten oberen Teil des Rezeptes (Apotheken-Nr., Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr., Faktor, Taxe) werden von der abgebenden Stelle (Apotheke, Sanitätshaus) ausgefüllt.

15. Es ist darauf zu achten, dass der Arztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird und eine Überstempelung weder in das darüber liegende noch in das darunter liegende Feld erfolgt, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist.

16. Das Feld „Begründungspflicht“ ist zurzeit nicht besetzt.

Der Arzt hat die Möglichkeit, auf dem Arzneimittelverordnungsblatt neben der Verordnung von Arzneimitteln eine Verordnung von Hilfsmitteln für den Patienten auszustellen, wobei separate Verordnungsblätter zu verwenden sind. Die unterschiedlich ablaufenden Prozesse werden in der Kategorisierung und Systematisierung getrennt voneinander betrachtet.

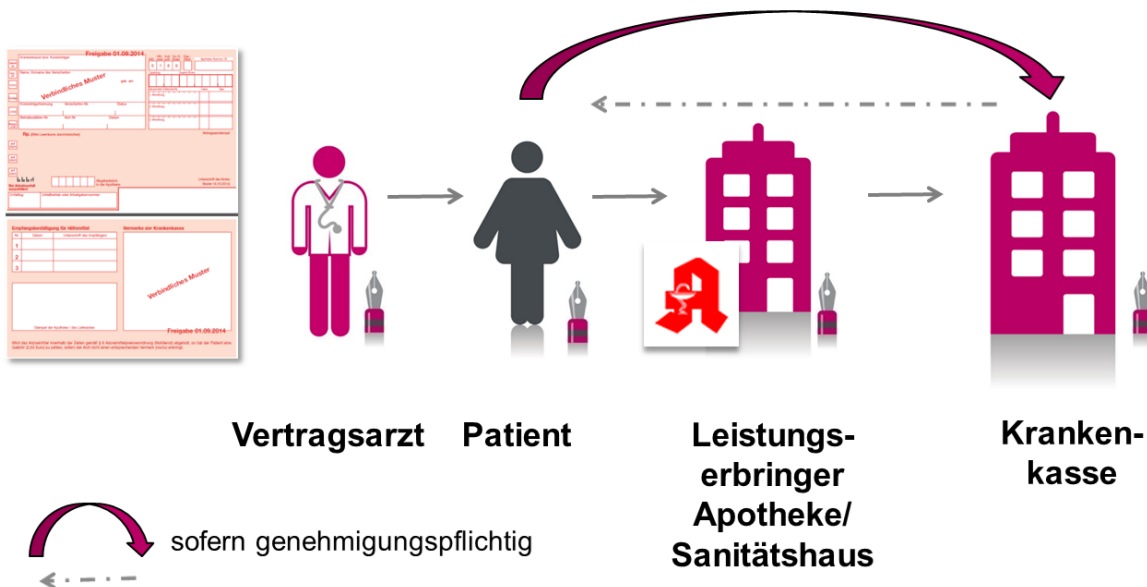


Abbildung 16: Formularsatz Arzneiverordnungsblatt (Hilfsmitteln; Muster 16)

Sofern eine Genehmigungspflicht für das Hilfsmittel besteht, ist die schriftliche Zustimmung der Krankenkasse auf dem Verordnungsblatt durch den Patienten einzuholen. Nach erfolgter schriftlicher Genehmigung sendet die Krankenkasse das Rezept an den Patienten zurück. Bei der Verordnung von genehmigungsfreien Hilfsmitteln entfällt dieser Schritt im Übermittlungsprozess.

Der Patient wendet sich mit dem Arzneimittelverordnungsblatt an einen nichtärztlichen Leistungserbringer seiner Wahl. Der Apotheker oder Mitarbeiter des Sanitätshauses unterzeichnet und stempelt das Verordnungsblatt ab, der Patient datiert den Empfang des Hilfsmittels und unterschreibt eine entsprechende Empfangsbestätigung. Das Sanitätshaus oder die Apotheke sendet das Arzneimittelverordnungsblatt zur Abrechnung und Dokumentation an die zuständige Krankenkasse.

4.8. MUSTER 18: HEILMITTELVERORDNUNG (MAßNAHMEN DER ERGOTHERAPIE)

Das Muster 18 wird analog zu anderen Heilmittelverordnungen vom Arzt ausgestellt, unterzeichnet und an den Patienten übergeben.

Der Patient wendet sich mit der Verordnung an einen nichtärztlichen Leistungserbringer, zumeist einen Ergotherapeuten, nimmt die Maßnahmen der Ergotherapie in Anspruch und bestätigt diese mit seiner Unterschrift. Der Ergotherapeut bestätigt die durchgeführten Therapiemaßnahmen mittels Unterschrift und übermittelt die Heilmittelverordnung zur Abrechnung seiner Leistungen an die zuständige Krankenkasse oder beauftragt einen externen Dienstleister (Abrechnungszentrum) mit der Abrechnung bei der jeweiligen Krankenversicherung.

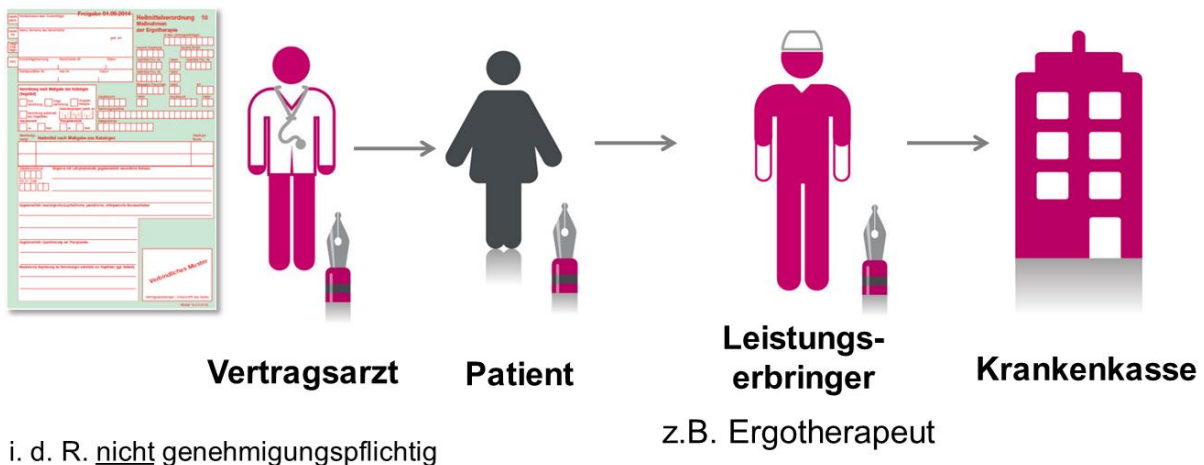


Abbildung 17: Formularsatz Heilmittelverordnung – Maßnahmen Ergotherapie (Muster 18)

Freigabe 30.03.2017

Entlassmanagement

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 T | T | M | M | J | J
 Behandlungsbeginn spätest. am

Hausbesuch **Therapiebericht**

Ja Nein
 Ja Nein

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	sm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faktor	Hausbesuch	Faktor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 18 (1.2017)

Abbildung 18: Vordruckerläuterungen für eine Heilmittelverordnung (Muster 18)

- 1 Erstverordnung; 2 Folgeverordnung; 3 Verordnung außerhalb des Regelfalles

Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als Erstverordnung,

Bei Folgeverordnung darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

- 1 Erstverordnung

Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ von dem Arzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdiagnostik durch den Arzt notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß Heilmittel-Richtlinie durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld 12).

- 2 Folgeverordnung

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ von dem Arzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Ergotherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt; ist wieder eine Erstverordnung auszustellen (vgl. § 7 HeilM-RL). Auch vor Folgeverordnungen ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld 1).

- 3 Verordnung außerhalb des Regelfalles **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

- 4 Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von dem Arzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifischen gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

- 5 Behandlungsbeginn spätestens am **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

- 6 Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von dem Arzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

- 7 Therapiebericht

Auf Wunsch kann der Arzt einen Therapiebericht bei dem Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

- 8 Verordnungsmenge

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Angabe der Verordnungsmenge den Wert gemäß ausgewähltem Diagnoseschlüssel ggf. in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (HeilM-RL Teil 2) nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung. Werden bei der Verordnung von Ergotherapie mehrere „vorrangige Heilmittel“ gleichzeitig verordnet, darf die Summe der einzelnen verordneten Heilmittel nicht die maximale Verordnungsmenge je Verordnung nach Maßgabe des Heilmittelkataloges überschreiten.

- 9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Es gibt die Möglichkeit mehrere „vorrangige Heilmittel“ gleichzeitig zu verordnen (siehe auch Erläuterungen zu Feld 8).

10 Anzahl pro Woche

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist von dem Arzt eine Frequenzempfehlung anzugeben. Eine Empfehlung zur Behandlungsfrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel zu geben.

11 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht bei der Verordnung von Ergotherapie lediglich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SB1 oder PS2).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges und therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Befundergebnisse können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

13 ICD-10-Code

Auf dem Verordnungsvordruck ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code³ anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie (langfristiger Heilmittelbedarf) bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Verordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist (gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015).

14 Ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

In diesem Feld kann der Arzt neurologische bzw. psychiatrische, pädiatrische oder orthopädische Besonderheiten angeben, die als zusätzliche Information für die Therapie von Relevanz sind.

15 Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Therapieziele sind von dem Arzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

16 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt) **entfällt i. R. des Entlassmanagements**

4.9. MUSTER 26: VERORDNUNG SOZIOThERAPIE GEM. § 37A SGB V

Der Arzt/Psychotherapeut stellt die Verordnung für Soziotherapie in der Regel in Absprache mit dem Patienten und dem soziotherapeutischen Leistungserbringer aus.

Die Verordnung von Soziotherapie dürfen folgende Ärzte vornehmen:

- › Fachärzte für Neurologie,
- › Fachärzte für Nervenheilkunde,
- › Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- › Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.
- › Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)
- › Psychologische Psychotherapeuten
- › Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.

Dieses Muster hat zwei Durchschläge: das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse, der 1. Durchschlag ist für den soziotherapeutischen Leistungserbringer und der 2. Durchschlag verbleibt beim verordnenden Vertragsarzt/Psychotherapeuten.

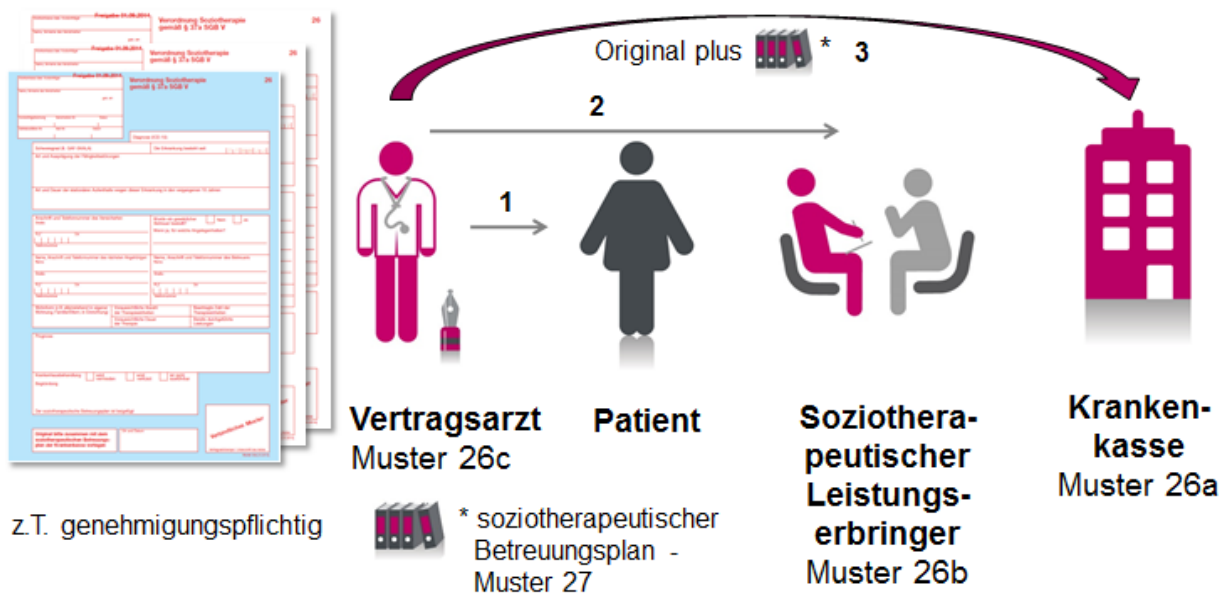


Abbildung 19: Formularsatz Verordnung Soziotherapie (Muster 26)

Der ausgefüllte Vordruck muss zusammen mit dem Soziotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 2em; color: #e67e22; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.5;">Entlassmanagement</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h2> <p style="text-align: right; font-weight: bold; margin: 0;">26</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) 1</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) 2</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) 3 TTMMJJ</p> <p>4 Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <hr/> <hr/> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>5 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <hr/> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>6 Angaben des Versicherten</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>7 Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p> </td> </tr> </table> <p>8 Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <hr/> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>9 Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>10 Voraussichtliche Dauer der Therapie</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>12 Bereits durchgeführte Leistungen</p> </td> </tr> </table> <p>13 Prognose</p> <hr/> <hr/> <p>14 Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <hr/> <hr/> <p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erstverordnung</i> ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folgeverordnung</i> ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <p><i>Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> <div style="text-align: center;"> <p>Datum</p> TTMMJJ </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto;"> <p style="font-size: 0.8em; text-align: center; margin: 0;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>	<p>6 Angaben des Versicherten</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)</p>	<p>7 Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p>	<p>9 Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>10 Voraussichtliche Dauer der Therapie</p>	<p>11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>12 Bereits durchgeführte Leistungen</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																				
Name, Vorname des Versicherten																				
geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																		
<p>6 Angaben des Versicherten</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)</p>	<p>7 Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p>																			
<p>9 Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>10 Voraussichtliche Dauer der Therapie</p>	<p>11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>12 Bereits durchgeführte Leistungen</p>																			

Muster 26a (10.2017)

Abbildung 20: Verordnung von Soziotherapie (Muster 26)

1 Diagnose (ICD-10-Code)

Hier ist die therapierelevante Diagnose als ICD-10-GM-Code verschlüsselt einzutragen.

2 Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Neben der Angabe des therapielevanten ICD-10-GM-Codes, ist für die Verordnung einer Soziotherapie die Fähigkeitsstörung immer maßgeblich. Die Fähigkeitsstörung wird mittels der GAF-SKALA dargestellt und umfasst in der ST-RL zwei definierte Bereiche:

a) § 2 Absatz 2, 3 und 4 der Soziotherapie-Richtlinie – GAF-SKALA: Orientierungswert 40 (höchstens ≤ 50)

Für die hier genannten schweren psychischen Krankheiten, vor allem aus dem schizophrenen Formenkreis, ist die Verordnung einer Soziotherapie möglich, sofern die Beeinträchtigung der Fähigkeiten mit einem Ausmaß auf der GAF-SKALA höchstens zwischen 40 und 50 vorliegt.

b) § 2 Absatz 5 der Soziotherapie-Richtlinie – GAF-SKALA mit einem Wert ≤ 40

Die Verordnung von Soziotherapie ist darüber hinaus bei allen schweren psychischen Krankheiten mit Diagnosen aus gesamten Bereich F00 bis F99 möglich, sofern die Beeinträchtigung der Fähigkeiten mit einem Wert von höchstens 40 plus eines der in Absatz 5 der Soziotherapie-Richtlinie genannten Kriterien vorliegt. Beispiele für diese Kriterien sind, dass der Patient relevante Co-Morbiditäten (psychiatrisch oder somatisch) hat oder eine stark eingeschränkte Wegefähigkeit aufweist (siehe auch 5).

3 Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Falls bekannt ist, seit wann die Erkrankung besteht, ist hier das entsprechende Datum im Format TTMMJJ (z. B. 09.08.17) einzutragen.

4 Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörung

An dieser Stelle erfolgt eine Angabe in Stichworten zur Fähigkeitsstörung, welche mit dem unter 2 angegebenen GAF-Wert korrespondiert.

Beispiel:

GAF-Wert ist 43, Fähigkeitsstörungen sind: Antrieb, Ausdauer und Belastbarkeit des Patienten sind gestört; er ist unfähig, sein Tun zu strukturieren; sein planerisches Denken und Handeln sowie sein Bezug zur Realität sind eingeschränkt.

5 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten/ Sonstige Einschränkungen

Sofern Soziotherapie bei Erkrankungen aus dem Bereich F00 bis F99 verordnet wird, die nicht bereits in § 2 Absatz 2, 3 und 4 der Soziotherapie-RL genannt sind und eine Beeinträchtigung der Aktivität mit einem GAF-Wert ≤ 40 vorliegt (siehe auch 2), sind hier zusätzliche Angaben zu vorliegenden Co-Morbiditäten oder sonstigen Einschränkungen zumachen. Co-Morbiditäten können sowohl psychiatrisch (z. B. Persönlichkeitsstörung) als auch somatisch (z. B. chronische Schmerzerkrankung) sein.

6 Angaben des Versicherten

Neben den Adressdaten ist hier die Angabe zur Wohnform anzugeben. Hierbei prüfen die Krankenkassen, ob der Versicherte z. B. in einer Einrichtung wohnt (z. B. Betreutes Wohnen), die aufgrund ihrer Struktur die Inhalte von soziotherapeutischen Maßnahmen bereits vorhält.

7 Angaben des nächsten Angehörigen

An dieser Stelle werden die Kontaktdaten eines nächsten Angehörigen (z. B. Elternteil, Ehepartner oder volljähriges Kind) eingetragen, um dem Leistungserbringer im Bedarfsfall Rücksprachen und Abstimmung mit den Angehörigen zu ermöglichen.

8 Angaben zum Betreuer

Ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden, so ist ein entsprechendes Kreuz zu setzen und es sind die Kontaktdaten aufzunehmen; zudem sollten, soweit bekannt, die von dem gesetzlichen Betreuer übernommenen Betreuungsangelegenheiten benannt werden.

9 Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten/ 10 Voraussichtliche Dauer der Therapie

Sofern eine Einschätzung über die insgesamt erforderliche Anzahl der Therapieeinheiten bzw. über die Dauer der kompletten Therapie möglich ist, sind die Felder entsprechend auszufüllen.

11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten

Hier ist die Zahl der aktuell beantragten Soziotherapieeinheiten einzutragen. Eine Verordnung kann für maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden.

12 Bereits durchgeführte Leistungen

Ist dem verordnenden Arzt/Psychotherapeut bekannt, dass bereits Leistungen von Soziotherapie (Therapieeinheiten) im Rahmen des vorliegenden Krankheitsfalles und innerhalb der letzten 3 Jahre durchgeführt worden sind, so ist dies in diesem Feld anzugeben.

13 Prognose

Mit der Verordnung von Soziotherapie wird u. a. das Ziel verfolgt, den Versicherten zu befähigen, fachärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. An dieser Stelle wird prognostiziert, dass der Versicherte mit der Anzahl der verordneten Therapieeinheiten dazu in die Lage versetzt werden kann.

14 Krankenhausbehandlung (wird vermieden/ wird verkürzt/ ist nicht ausführbar)

Da Soziotherapie nur verordnet werden kann, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, ist hier die entsprechende Angabe anzukreuzen.

4.10. MUSTER 27: SOZIOTHERAPEUTISCHER BETREUUNGSPLAN GEM. § 37A SGB V

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient. Der Behandlungsplan ist Basis der Therapie. In regelmäßigen Abständen werden Therapieverlauf und –ziele von allen Beteiligten beraten und der Plan ggf. angepasst.

Der Soziotherapeutischen Behandlungsplan muss zusammen mit dem ausgefüllten Vordruck Muster 26 der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

Dieses Muster hat zwei Durchschläge: das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse, der 1. Durchschlag ist für den soziotherapeutischen Leistungserbringer und der 2. Durchschlag verbleibt beim Vertragsarzt/Psychotherapeut.

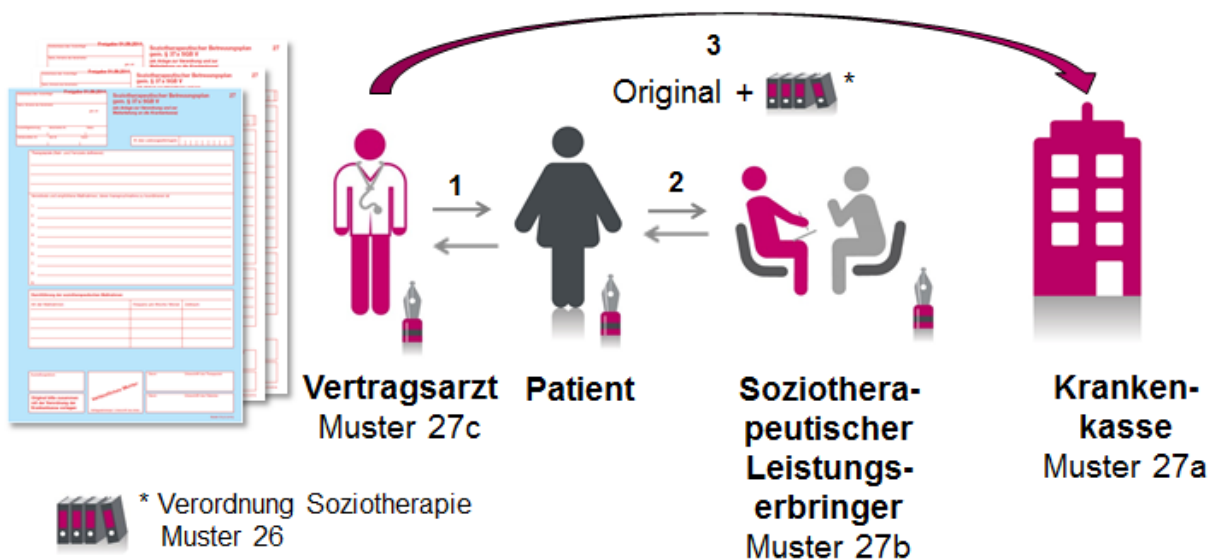


Abbildung 21: Formularsatz Soziotherapeutischer Behandlungsplan (Muster 27)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <h2 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V</h2> <p style="margin: 0;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p>			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; display: inline-block; border: 1px solid #ccc;">Entlassmanagement</div>																
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">IK des Leistungserbringers</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> </div>		IK des Leistungserbringers														
IK des Leistungserbringers																
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 2 Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren) <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> </div>																
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 3 Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist <div style="margin-top: 5px;"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ </div> </div>																
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 4 Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 20%;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 20%;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div>		Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum														
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Ausstellungsdatum</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; width: 100%; height: 100%;"></div> <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Datum Unterschrift des Therapeuten</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Datum Unterschrift des Patienten</div>														
<small>Muster 27a (10.2014)</small>																

Abbildung 22: Soziotherapeutischer Betreuungsplan (Muster 27)

1 IK des Leistungserbringers

Hier ist das Institutionskennzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers einzutragen.

2 Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Der soziotherapeutische Betreuungsplan entsteht in Absprache zwischen dem behandelnden Vertragsarzt/Psychotherapeut dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten und soll von allen unterschrieben werden. Er enthält die Therapieziele, die in Nah- und Fernziele unterschieden werden. Nahziele sind zum Beispiel die Steigerung der Belastungsfähigkeit oder die Verhinderung eines Krankenhausaufenthalts. Ein Fernziel ist zum Beispiel das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit.

3 Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

Hier sind die Maßnahmen zu benennen, die den Patienten befähigen sollen, die unter 2. aufgeführten Therapieziele zu erreichen. Maximal 9 Maßnahmen, können hier eingetragen werden. Beispiele für solche Maßnahmen sind die Inanspruchnahme der psychiatrischen Sprechstunde, anderer vertragsärztlicher Therapien, Ergotherapie oder Psychotherapie.

4 Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Hier werden die Angaben zur Art der Maßnahmen mit Angaben zur Frequenz pro Woche / Monat und dem Zeitraum versehen. Beispiele für diese Maßnahmen sind praktische Übungen zur Steigerung der Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer, Analyse der häuslichen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie Stärkung der Krankheitswahrnehmung.

4.11. MUSTER 28: VERORDNUNG BEI ÜBERWEISUNG ZUR INDIKATIONSSTELLUNG FÜR SOZIOTHERAPIE

Andere Ärzte als die gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (§ 4 Abs. 2 und 3) berechtigten Ärzte können den Patienten mit Muster 28 zu einem verordnungsberechtigten Facharzt bzw. Psychotherapeuten überweisen, wenn sie begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine Indikation für Soziotherapie vorliegt. Ist der verordnende Arzt außerdem der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, die Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann mit der Verordnung auf Muster 28 einen soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzugezogen.

Dieses Muster hat zwei Durchschläge: das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse, der 1. Durchschlag erhält der soziotherapeutische Leistungserbringer, der 2. Durchschlag verbleibt beim Arzt.

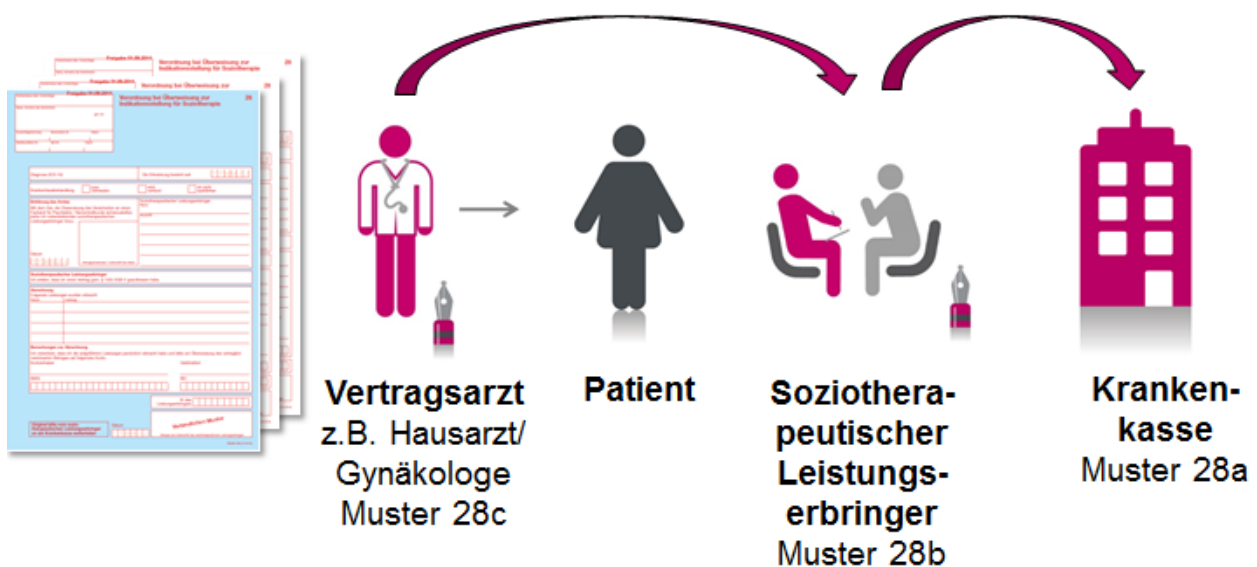


Abbildung 23: Formularsatz Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28)

28

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

Diagnose (ICD-10-Code) 1

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) 2 TTMMJJ

3 Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

4 Erklärung des Arztes
 Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ Ort

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Soziotherapeutischer Leistungserbringer
 Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

5 IK des Leistungserbringers

6 Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers
 Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
TTMMJJ	
TTMMJJ	
TTMMJJ	
TTMMJJ	
TTMMJJ	

7 Bemerkungen zur Abrechnung
 Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

BIC Geldinstitut

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum TTMMJJ

Muster 28a (10/2017)

Abbildung 24: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28)

1 Diagnose (ICD-10-Code)

Hier ist die (Verdachts-) Diagnose als ICD-10-GM-Code verschlüsselt einzutragen.

2 Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Falls bekannt ist, seit wann die Erkrankung besteht, ist hier das entsprechende Datum im Format TTMMJJ (z. B. 09.08.17) einzutragen.

3 Krankenhausbehandlung (wird vermieden/ wird verkürzt/ ist nicht ausführbar)

Da Soziotherapie nur verordnet werden kann, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, ist hier die entsprechende Angabe anzukreuzen.

4 Erklärung des Arztes

Ziel der Verordnung ist es, dass der Patient ärztliche bzw. psychotherapeutische und verordnete Leistungen selbständig in Anspruch nehmen kann. Um dies zu erreichen, wird ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen. Hier werden Name und Adresse des Soziotherapeuten auf dem Vordruck angegeben. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß § 2 der Soziotherapie-Richtlinien kommt.

Die folgenden Felder sind vom soziotherapeutischen Leistungserbringer auszufüllen

5 IK des Leistungserbringers

Hier ist das Institutionskennzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers einzutragen.

6 Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Zur Unterstützung der Inanspruchnahme der Überweisung stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Behandlungseinheiten zur Verfügung. In diesem Feld sind die Daten und die Beschreibung der Maßnahmen einzutragen. Diese Behandlungseinheiten werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet.

Verordnungen auf Muster 28 bedürfen nicht der Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Wenn der Patient trotz soziotherapeutischer Unterstützung nicht den Facharzt aufsucht oder der Facharzt keine weitere Soziotherapie verordnet, sind die erbrachten Behandlungseinheiten trotzdem abrechenbar. Die Abrechnung erfolgt auf Muster 28.

7 Bemerkungen zur Abrechnung

Hier werden die Kontodaten des soziotherapeutischen Leistungserbringers eingetragen.

5. NÜTZLICHE LINKS / WEITERE QUELLEN

Grundsätzlich finden sich alle Informationen zu den Verordnungen auf der Seite der KBV unter:

<http://www.kbv.de/html/verordnungen.php>

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/2/
Arzneimittel-Infoservice (AIS)	www.kbv.de/html/ais.php
Arzneimittel-Richtlinie	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/
Arzneimittelstatistik (GAmSi)	www.gkv-gamsi.de
Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)	www.akdae.de
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	www.akdae.de
Bundesmantelvertrag-Ärzte	http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php
Frühe Nutzenbewertung	http://www.kbv.de/html/fruehe_nutzenbewertung.php
GBA-Richtlinien	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/
Gesundheitsdaten Arzneimittelversorgung	http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16733.php
Häusliche Krankenpflege-Richtlinie	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/
Heilmittelkatalog	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/
Heilmittel-Richtlinie	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/
Hilfsmittel-Richtlinie	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/
Hilfsmittelverzeichnis	https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action
Medikationsplan	http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php
Praxiswissen Hilfsmittel	http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Hilfsmittel.pdf
Prüfvereinbarungen der KVen	http://www.kbv.de/html/2949.php
Schnellübersicht GKV, KBV zur Verordnungsfähigkeit	http://www.kbv.de/media/sp/Schnelluebersicht.pdf
Richtlinie zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummer	http://www.kbv.de/html/2757.php
Soziotherapie-Richtlinie	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/
Wirkstoff aktuell	http://www.kbv.de/html/wirkstoff_aktuell.php
Wirtschaftlichkeitsprüfungen	http://www.kbv.de/html/2949.php
Zuzahlungsbefreite Arzneimittel	www.gkv-spitzenverband.de