Verordnungsleitfaden für neu Niedergelassene

auf der Grundlage des SGB V sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

DEZEMBER 2024

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

dass Sie sich für die Niederlassung entschieden haben und damit einen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung leisten, freut mich sehr.

Um Ihnen den Start zu erleichtern, unterstützt Sie die KVBW mit vielfältigen Angeboten. Dazu gehört auch dieser Verordnungsleitfaden, der Ihnen die Grundlagen der Verordnungen im vertragsärztlichen Bereich erklärt, beispielsweise was eine Off-Label-Verordnung ist oder was beim Aut-idem-Kreuz zu beachten ist.

Lassen Sie sich von der Vielzahl dieser Regelungen nicht abschrecken, sie werden Ihnen in Kürze in Fleisch und Blut übergehen. Eine genaue Kenntnis der Bestimmungen und zeitgerechte Umsetzung schützt Sie vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Nachforderungen. Achten Sie deshalb auch auf unsere Frühinformationen in Ihrer Quartalsabrechnung und im Mitgliederportal.

Wenn Sie Fragen haben, dann rufen Sie gerne unsere Beratung an (Kontaktinfos siehe Seite 42).

Einen erfolgreichen Start wünscht Ihnen

Dr. med. Karsten Braun, LL.M.
Vorstandsvorsitzender der KVBW

Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Autorinnen und Autoren sowie die Redaktion haben die angegebenen Informationen und Empfehlungen sorgfältig erarbeitet und geprüft.

Der Leser und die Leserin sind aufgefordert, sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Thematik zu informieren, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Über die Anwendung auf den Einzelfall entscheidet der behandelnde Arzt oder die Ärztin eigenverantwortlich.

Inhalt

4 Das Wirtschaftlichkeitsgebot

5 ARZNEIMITTEL
5 _ Verordnungen auf Kassenrezept (Muster 16 und Muster e16A)
8 _ Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
10 _ Off-Label-Verordnung zulasten der GKV
11 _ Rabattverträge
13 _ Kontrazeptiva auf Kassenrezept
14 _ Betäubungsmittel
15 _ Arzneiverordnungen während eines stationären Aufenthaltes
16 _ Schutzimpfungen
18 _ Bezug von Sprechstundenbedarf (Muster 16)

19 HEILMITTEL
19 _ Verordnung von Heilmitteln (Muster 13)

24 HILFSMITTEL
24 _ Verordnung von Hilfsmitteln (Muster 16)

26 SONSTIGE VERORDNUNGEN
26 _ Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Muster 12)
30 _ Verordnung von Krankenbeförderungen (Muster 4)
33 _ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
34 _ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

35 Gültigkeitsdauer und Erstattungsfristen
36 Wirtschaftlichkeitsprüfung
38 Informationsangebot der KVBW
42 Ihre Beratungsteams in der KVBW

Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Verordnungen von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie sonstige veranlasste Leistungen wie häusliche Krankenpflege zulasten der GKV müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V). Die ärztliche Verordnungsweise kann in Bezug auf Wirtschaftlichkeit von den Krankenkassen oder den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen geprüft und gegebenenfalls sanktioniert werden (§ 106b SGB V).

Um finanzielle Nachforderungen im Rahmen von Prüfungen zu verhindern, sind bei Verordnungen zulasten der GKV die Regelungen der entsprechenden Richtlinien zu berücksichtigen. Insbesondere gilt dies für folgende Aspekte der Arzneimittel-Richtlinie des wirtschaftlichen und richtlinienkonformen Verordnens:

- Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse für Arzneimittel, die nach Anlage III AM-RL oder § 13 AM-RL geregelt sind oder die eine fiktive Zulassung haben, beachten.
- Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen nur in Ausnahmeindikationen gemäß Anlage I AM-RL bzw. § 12 Absatz 7 oder 8 AM-RL verordnen.
- Arzneimittel nur innerhalb der zugelassenen Indikation(en) verordnen (Ausnahmen: zulässiger Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A AM-RL, lebensbedrohliche Erkrankung gemäß § 2 Absatz 1a SGB V, Vorliegen eines durch die zuständige Krankenkasse genehmigten Off-Label-Antrags).
- Aut-idem-Kreuze nur setzen, wenn medizinisch-therapeutische Gründe einen Ausschluss des Austausches erforderlich machen (vgl. Verordnungsforum 63 und § 29 Absatz 2 Satz 2 BMV-Ä).
  - Bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz ist die Apotheke gehalten, ein Rabattarzneimittel abzugeben. Falls für das jeweilige Arzneimittel kein Rabattvertrag existiert, wird eines der vier preisgünstigsten Generika abgegeben.

Unabhängig davon ist zu beachten, dass die veranlassten Kosten für Arzneimittel, Verbandstoffe und enterale Ernährung pro Betriebsstätte (bzw. pro Richtwertgruppe innerhalb einer Betriebsstätte) das zustehende Richtwertvolumen nicht oder in nicht-relevantem Ausmaß (d. h. bis zu maximal 25 %) überschreiten.

Die für die Verordnungsweise geltenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit sind auch bei der Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf zu beachten.

Verordnungen auf Kassenrezept (Muster 16 und Muster e16A)

Mit der verpflichtenden Einführung des eRezepts (Muster e16A) zum 1. Januar 2024 müssen die meisten Arzneimittel digital verordnet werden.

Auf eRezept zu verordnen sind:

- verschreibungspflichtige, auf Namen des Patienten verordnungsfähige Arzneimittel (Ausnahme: bei technischen Problemen sowie bei Haus- und Heimbesuchen)

Optional auf eRezept können verordnet werden:

- verschreibungsfreie Arzneimittel, als Empfehlung (sonst auf "grünem Rezept" verschreibbar)
- verschreibungspflichtige Arzneimittel für gesetzlich versicherte Selbstzahler (sonst auf "blauem Rezept" verschreibbar)
- apothekenpflichtige, für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr oder für Jugendliche ohne Entwicklungsstörungen und Erwachsene gemäß OTC-Ausnahmeliste (Anlage I AM-RL) verordnungsfähige Arzneimittel
- Arzneimittel zulasten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen
- Zytostatika-Zubereitungen

Weiterhin auf Papierrezept (Muster 16, soweit nicht anders angegeben) werden verordnet:

- Arzneimittel für GKV-Versicherte ohne Versichertennummer
- Arzneimittel für im Ausland Versicherte
- Arzneimittel zulasten sonstiger Kostenträger (z. B. Sozialhilfe, Heilfürsorge)
- Betäubungsmittel (BtM-Rezept)
- teratogene Arzneimittel (Lenalidomid, Pomalidomid, Thalidomid) (T-Rezept)
- Medizinprodukte nach Anlage V AM-RL
- Teststreifen
- Verbandmittel
- enterale Ernährung
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- Hilfsmittel
- Sprechstundenbedarf

➔ Weiterführende Informationen zum eRezept finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: was, wie, wie viel? » eRezept

Ausfüllen des Kassenrezeptes (Muster 16, Muster e16A)

Die Verordnung muss vollständig ausgefüllt und im Fall eines Ausdrucks mit starker, schwarzer Farbe gedruckt werden.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

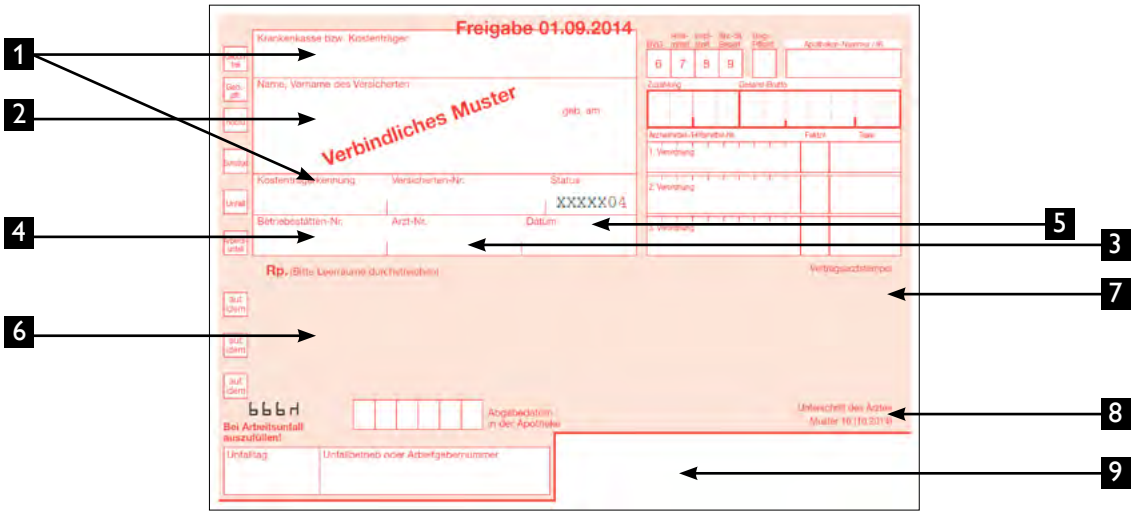
1+2 Versichertendaten mit eGK einlesen. Liegt keine Versichertenkarte vor (Ersatzverfahren), wird manuell eingetragen: Krankenkasse, Name, Geburtsdatum und Status des/der Versicherten, Postleitzahl und Wohnort, nach Möglichkeit auch die Versichertennummer.

3 Lebenslange Arztnummer (LANR) der verordnenden Ärztin / des verordnenden Arztes

4 Betriebsstättennummer (BSNR) des Leistungsortes (Haupt- oder Nebenbetriebsstätte)

5 Ausstellungsdatum

6 Bezeichnung, Menge und Dosierung des Arzneimittels. Bei Vorliegen eines Medikationsplans kann statt der Dosierungsangabe auf diesen verwiesen werden (Kürzel »Dj«). Verordnen Sie Fertigarzneimittel als Wirkstoffe bzw. ein preisgünstiges Generikum mit Angabe der Normgröße bzw. Packungsgröße (N1, N2, N3) und lassen Sie in der Regel den Austausch gegen andere Arzneimittel zu. Pro Rezeptur ist ein Kassenrezept zu verwenden. Rezepturen zur parenteralen Anwendung können für den Bedarf von bis zu einer Woche verordnet werden, soweit die einzeln anzuwendenden Zubereitungen nach Art und Menge identisch sind (z. B. Infusionsbeutel).
Die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie (siehe unten) sind für die Verordnungsfähigkeit bindend.



7 Stempelfeld
- Name, Adresse, Telefonnummer und BSNR der Praxis
- Name, Vorname und Berufsbezeichnung der verordnenden Ärztin / des verordnenden Arztes (bei Papierrezept handschriftlich leserlich, mit PC-Aufdruck oder mit Namensstempel)

Wenn das Muster-16-Papierrezept verwendet wird, gilt: Der Vertragsarztstempel muss im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt werden. Dabei darf weder das darüber noch das darunter liegende Feld überstempelt werden, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist. Weitere Informationen zur Bestellung des Vertragsarztstempels und zu Angaben auf dem Stempel gibt es auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Niederlassung » Arztregister » Vertragsarztstempel

8 Die Verordnung wird mit dem eHBA elektronisch (Muster e16A) oder handschriftlich (Muster 16) signiert (nicht mit roter Farbe). Die Arztunterschrift auf Muster 16 ist unmittelbar unter die letzte Verordnung zu setzen, um ein Hinzufügen weiterer Verordnungen zu verhindern.

9 Für Muster-16-Papierrezepte gilt: Es dürfen nur Kassenrezepte mit der eigenen Betriebsstättennummer (BSNR) verwendet werden, an der die jeweilige Leistung erbracht wurde. Eine aushilfsweise erfolgende Weitergabe der durch die BSNR gekennzeichneten Muster-16-Vordrucke an andere Vertragsärzte ist nicht zulässig.

Weitere Erläuterungen

„Gebühr frei“ ist anzukreuzen
- bei Versicherten unter 18 Jahren,
- wenn Arzneimittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
- bei Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- bei Verordnungen zulasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe unten),
- bei Verordnungen im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG),
- bei Flüchtlingen/Asylbewerbern bis zu einem Aufenthalt von 18 Monaten,
- bei Versicherten der Landespolizei und der Bundeswehr,
- bei Versicherten, bei denen eine Befreiung mit Befreiungsausweis von der Zuzahlungspflicht (zum Beispiel Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

„Gebührenpflichtig“ ist anzukreuzen bei Versicherten ab 18 Jahren, sofern sie nicht gebührenbefreit sind.

„Noctu“ ist anzukreuzen, wenn die Versorgung mit dem verordneten Arzneimittel dringlich ist und dieses innerhalb folgender Zeiten in der Apotheke abgeholt werden muss: von 20 bis 6 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr (§ 6 Arzneimittelpreisverordnung). In diesen Fällen sind die Patienten von der Notdienstgebühr der Apotheke (2,50 Euro) befreit.

„**Sonstige“** ist anzukreuzen, wenn die Verordnung zulasten eines sonstigen Kostenträgers (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: was, wie, wie viel?) erfolgt. Sonstige Kostenträger sind z. B.: Bundespolizei, Bundeswehr, Landespolizei, Postbeamte Gruppe A, Sozialamt und Auslandsabkommen.

Bei Angehörigen der Bundeswehr und Bundespolizei gilt zusätzlich die Ausnahmeregelung, dass Muster-16-Kassenrezepte nur mit dem Vermerk "Notfall" ausgestellt werden können (siehe Verordnungsforum 70). Anderenfalls dürfen Vertragsärzte nur formlose Verordnungsempfehlungen für den Bundeswehr- bzw. Polizeiarzt ausstellen (siehe https://www.kvbawue.de/pdf955).

„Unfall“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung infolge eines Unfalls (nicht Arbeitsunfall) notwendig wird und die Krankenkasse gegebenenfalls Kosten gegenüber Dritten geltend machen kann.

„Arbeitsunfall“ ist anzukreuzen bei Verordnung zulasten eines Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall, Wegeunfall oder einer Berufskrankheit. Erfolgt die Beschriftung des Patientenfeldes mittels eGK, so ist unbedingt die Krankenkassennummer zu streichen und als Kostenträger die Berufsgenossenschaft anzugeben. Außerdem sind „Unfalltag“ und „Unfallbetrieb“ zu vermerken. Die Verordnungen sind gebührenfrei (siehe oben).

„aut idem“: Ist das Feld angekreuzt, muss die Apotheke das verordnete Arzneimittel abgeben. Ist das Feld nicht angekreuzt, ist ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel durch die Apotheke nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages zur Arzneimittelversorgung möglich (Ausnahme: Präparate mit Wirkstoffen der Substitutionsausschlussliste). Weitere Informationen dazu und zu Rabattverträgen finden Sie auf Seite 11.

„BVG“: Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) und für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist das Feld 6 (BVG) durch Eintragen der Ziffer „6“ zu kennzeichnen.

„Hilfsmittel“: Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer „7“ zu kennzeichnen (siehe nachfolgende Informationen zu Hilfsmitteln, Seite 24).

„Impfstoffe“: Bei der Verordnung von Impfstoffen im Rahmen der gültigen Schutzimpfungsvereinbarung – Pflichtleistung sind die Felder 8 und 9 durch Eintragen der Ziffer „8“ für Impfungen und „9“ für Sprechstundenbedarf zu markieren. Ausnahmen sind die Impfungen nach der Schutzimpfungsvereinbarung – Satzungsleistung und die Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfung (siehe nachfolgende Informationen zu Schutzimpfungen auf Seite 16).

„Sprechstundenbedarf“: Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und medizinisch-technischen Mitteln des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer „9“ zu kennzeichnen (siehe nachfolgende Informationen zum Sprechstundenbedarf auf Seite 18).

Auf dem Muster 16 können bis zu drei verschiedene Arznei*- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel (mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen) verordnet werden. Für die gleichzeitige Verordnung von Arzneimitteln*, Hilfsmitteln, Impfstoffen und digitalen Gesundheitsanwendungen müssen getrennte Kassenrezepte verwendet werden. Hingegen können Arznei*- und Verbandmittel sowie Teststreifen, arzneimittelähnliche Medizinprodukte und enterale Ernährung auf einem gemeinsamen Kassenrezept verordnet werden.

* sofern keine verpflichtende Nutzung des eRezepts gegeben ist (vgl. Seite 5)

Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind die Vorgaben, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten.

Hier ist beispielsweise geregelt, dass nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zulasten der GKV verordnungsfähig sind (Hinweise zur Wirtschaftlichkeit nach Anlage III der Richtlinie sind allerdings zu beachten, siehe unten).

Außerdem sind auch bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von der Verordnung ausgeschlossen. Beispielsweise können hustendämpfende Mittel wie Codein bei Erwachsenen mit einer geringfügigen Gesundheitsstörung nicht zulasten der GKV verordnet werden.

Des Weiteren gibt die Arzneimittel-Richtlinie vor, unter welchen Voraussetzungen enterale Ernährung zulasten der GKV verordnet werden kann. So werden beispielsweise Hinweise zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit genannt und verordnungsfähige Produktgruppen aufgeführt.

➔ Eine Zusammenfassung des Themas und Beispiele für verordnungsfähige und nicht-verordnungsfähige Produkte finden Sie im Verordnungsforum 44 (www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum).

Ausführungen zu Verordnungsausschlüssen und -einschränkungen sowie zulässigen Ausnahmen werden in verschiedenen Anlagen konkretisiert.

Anlage I – OTC-Übersicht
(OTC = over the counter/über die Ladentheke)

In Anlage I sind abschließend **nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel**(klassen) genannt, die ausnahmsweise für Jugendliche nach Vollendung des 12. Lebensjahres und Erwachsene zulasten der GKV verordnet werden dürfen, wenn eine Indikation nach der OTC-Ausnahmeliste vorliegt.

Anlage II – Lifestyle-Arzneimittel

Lifestyle-Arzneimittel, die der Erhöhung der Lebensqualität dienen, sind von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen. Dazu zählen Mittel zur Behandlung von Adipositas, erektiler Dysfunktion und Nikotinabhängigkeit, zur Verbesserung des Haarwuchses und Aussehens sowie zur Steigerung des sexuellen Verlangens.

Anlage III – Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung

Die Anlage III nennt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse bei verschreibungspflichtigen Arzneimittel(klasse)n (z. B. Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen wie Paracetamol mit Butylscopolamin oder Migränemittel-Fixkombinationen, Glitazone, Reboxetin).

Die Anlage III listet außerdem Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse bei nicht-verschreibungspflichtigen (apothekenpflichtigen) Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auf (z. B. Immunstimulantien, Otologika, bestimmte Antidiarrhoika und Hustenmittel).

Die in der Anlage III genannten Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse gelten auch für Rezepturen, die in der Apotheke hergestellt werden und in den in Anlage III genannten Anwendungsgebieten eingesetzt werden. Zu Rezepturarzneimitteln informieren wir auch auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel

➔ Die KVBW informiert Sie über Verstöße gegen Vorgaben der Anlage III AM-RL (siehe unten) in den quartalsweise erscheinenden Verordnungshinweisen. Diese Verordnungshinweise sind wichtig, denn sie können Sie im schlimmsten Fall vor Nachforderungen bzw. Regressen schützen.

Bestimmte Nummern aus Anlage III AM-RL unterliegen seit dem 4. Quartal 2017 der automatischen Prüfung durch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg bei allen Arztpraxen (= Prüfung „von Amts wegen“).

Bei rechtswirksamen Bescheiden drohen unter anderem Nachforderungen (nähere Details finden Sie im Rundschreiben Juni 2017, www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Rundschreiben, und im Verordnungsforum Ausgabe 42, Juli 2017, www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum).

Anlage V – Verordnungsfähigkeit von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten

Die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie nennt abschließend die arzneimittelähnlichen Medizinprodukte, die in medizinisch notwendigen Fällen auf Namen des Patienten verordnungsfähig sind (Positivliste). Arzneimittelähnliche Medizinprodukte sind unter anderem Spüllösungen, Läusemittel oder Macrogole.

Arzneimittelähnliche Medizinprodukte, die nicht in Anlage V AM-RL gelistet sind, können generell nicht zulasten der GKV verordnet werden, auch nicht für Kinder.

Andere Medizinprodukte wie Verbandmittel sowie Blut- und Harnteststreifen sind von dieser Regelung nicht betroffen. Allerdings sind Blutzuckerteststreifen nach Anlage III AM-RL nur eingeschränkt verordnungsfähig.

Die vollständige Liste der verordnungsfähigen arzneimittelähnlichen Medizinprodukte wird ständig aktualisiert und erweitert. Den aktuellen Stand sowie weitere Hinweise finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie

Anlage VIIa – Biologika und Biosimilars

In Anlage VIIa werden biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe aufgeführt, für die mindestens ein Biosimilar oder mehr als ein Original-Biological verfügbar ist. Biosimilars können einen wichtigen Beitrag zur Kostenreduktion bei Patienten liefern, die mit Biologika versorgt werden müssen.

Bei der Verordnung von Biologika darf die Apotheke keinen Austausch von Referenzarzneimitteln gegen Biosimilars im Sinne einer automatischen Substitution (siehe Seite 11–12) vornehmen. Die Entscheidung zum Einsatz eines Biosimilars muss von ärztlicher Seite getroffen werden.

Weiteres zu Biosimilars können Sie auf unserer Homepage www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Merkblatt „Biosimilars: Wirtschaftliche Aspekte und Austauschbarkeit“ und im Verordnungsforum 46 nachlesen: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum » Archiv.

Anlage XII – Frühe Nutzenbewertung

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung müssen bei der Verordnung von Arzneimitteln beachtet werden. 2011 wurde mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) die frühe Nutzenbewertung durch den G-BA eingeführt. Hersteller müssen seitdem belegen, ob und in welchem Ausmaß ihr Arzneimittel gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen – gegebenenfalls nur bei Subgruppen einer Erkrankung – hat. Das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung – also ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht – wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus und damit auf die Kosten, die den Krankenkassen für das Medikament entstehen. Bei einem indikationsgerechten Einsatz eines Arzneimittels mit einem Zusatznutzen über das gesamte Anwendungsgebiet oder in einer Subpopulation mit Zusatznutzen ist von einer wirtschaftlichen Verordnung auszugehen.

Seit 1. Oktober 2020 sind Informationen zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Kurzform in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegt.

➔ Die komplette Arzneimittel-Richtlinie mit allen Anlagen finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie

Off-Label-Verordnung zulasten der GKV

Gelegentlich kommt es vor, dass Patientinnen oder Patienten dringend bestimmte Arzneimittel benötigen, die für die betreffende Erkrankung jedoch nicht zugelassen sind (Off-Label-Use).

Haftungsrechtliche Aspekte

Wenn unter dem bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels tödliche oder gesundheitlich erhebliche Schäden entstanden sind, haftet hierfür der pharmazeutische Hersteller. Diese Herstellerhaftung entfällt bei Off-Label-Einsatz, sodass die verordnende Ärztin / der verordnende Arzt in vollem Umfang für eventuelle Schäden haftet. Zur eigenen Absicherung ist es sinnvoll, dass Sie sich einen schriftlichen Haftungsverzicht durch die Patientin oder den Patienten unterzeichnen lassen. Bei Fragen zum Thema Haftungsrecht wenden Sie sich bitte an die Landesärztekammer.

Möglichkeiten für Off-Label-Verordnung

1. **Positive Bewertung** eines zugelassenen Arzneimittels für eine nicht zugelassene Indikation durch den G-BA (**Anlage VI** der Arzneimittel-Richtlinie, **Teil A**).
   Die in der Anlage genannten pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre dort genannten Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die genannten Off-Label-Indikationen **verordnungsfähig** sind.
   Teil B der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie nennt Arzneimittel zur Anwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten, die nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen, medizinisch nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind. **Diese Arzneimittel sind nicht verordnungsfähig.**
2. **Keine positive Bewertung** eines zugelassenen Arzneimittels für eine nicht zugelassene Indikation durch den G-BA vorhanden und **keine Nennung in Anlage VI** der Arzneimittel-Richtlinie, Teil B, bedeutet: **Beurteilung der Verordnungsfähigkeit im Einzelfall.**

Beurteilung der Verordnungsfähigkeit im Einzelfall

Unter folgenden Voraussetzungen besteht ausnahmsweise eine Leistungspflicht der GKV:

1. schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung,
2. keine andere Therapie verfügbar,
3. begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann (mindestens Ergebnisse einer Phase-III-Studie oder vergleichbare Erkenntnisse; bei akut lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlich verlaufenden oder wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen sind indiziengestütze Hinweise auf einen Behandlungserfolg ausreichend).

Wir empfehlen dringend, einen Antrag zur Kostenübernahme für den Off-Label-Einsatz bei der Krankenkasse zu stellen (dies gilt nicht für Arzneimittel, die in Teil A der Anlage VI gelistet sind). Dabei wird das Vorliegen der oben genannten Kriterien geprüft und gegebenenfalls eine Kostenzusage erteilt.

Fehlt die passende ICD-10-Diagnose zu einer ausgestellten Verordnung, kann auch der Verdacht auf eine Off-Label-Use-Verordnung entstehen. Dies kann eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach sich ziehen. Im schlimmsten Fall bedeutet das für Sie Nachforderungen. Kodieren Sie deshalb korrekt, um Prüfverfahren zu Off-Label-Use zu vermeiden.

Werden die Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen oder werden die drei Kriterien im Einzelfall nicht erfüllt, können Sie – nach entsprechender Patientenaufklärung – ein Privatrezept ausstellen.

Unabhängig von der Frage der Kostenübernahme enfällt die Herstellerhaftung bei Off-Label-Use und Sie als verordnender Arzt / verordnende Ärztin haften in vollem Umfnag für eventuelle Schäden.

➔ Weiteres zum Thema Off-Label-Use finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel

Rabattverträge

Krankenkassen und pharmazeutische Unternehmen können nach § 130a Absatz 8 SGB V für Arzneimittel Rabattverträge abschließen. Die Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, rabattierte Arzneimittel abzugeben. Neben Hinweisen im Praxisverwaltungssystem (PVS) bietet der externe Link www.deutschesarztportal.de eine Informationsmöglichkeit über aktuell gültige Rabattverträge.

Variante 1: "Aut idem" ist angekreuzt

Die Substitution wird ausgeschlossen (namentliche Verordnung eines Arzneimittels mit Kreuz im Aut-idem-Feld). Die Apotheke darf nur das verordnete Arzneimittel abgeben.

Hierbei kann das Risiko bestehen, dass eine sofortige Arzneimittelabgabe nicht möglich ist, wenn das verordnete Arzneimittel nicht verfügbar ist. Bei Lieferschwierigkeiten wird sich die Apotheke deshalb gegebenenfalls mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt in Verbindung setzen.

Bitte beachten Sie:

- „Aut idem" sollte nur im medizinisch-therapeutisch begründeten Einzelfall angekreuzt werden. Das Setzen des Aut-idem-Kreuzes kann im Rahmen von Einzelfallprüfungen seitens der Krankenkassen überprüft werden.
- Im Zusammenhang mit der Aut-idem-Regelung gelten ein Fertigarzneimittel und dessen Importarzneimittel als identisch. Der Austausch gegen ein Importarzneimittel wird daher durch ein angekreuztes Aut-idem-Feld nicht ausgeschlossen.

➔ Weiteres zu aut idem können Sie im Verordnungsforum 63 nachlesen: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum: Update Aut idem – der verantwortungsvolle Umgang mit dem Kreuz

Variante 2: "Aut idem" ist nicht angekreuzt

Die Substitution des verordneten Arzneimittels (als Fertigarzneimittel oder Wirkstoffverordnung) durch die Apotheke wird zugelassen (Ausnahme: Präparate mit Wirkstoffen der Substitutionsausschlussliste, siehe unten).

Substitutionsausschlussliste

Von der Substitution (nach Anlage VII Teil B AM-RL) ausgeschlossen sind:

- Betaacetyldigoxin
- Buprenorphin-Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer
- Carbamazepin
- Ciclosporin
- Digitoxin
- Digoxin
- Everolimus (Tabletten bis zu einem Wirkstoffgehalt von 1 mg)
- L-Thyroxin (auch mit Kaliumiodid in fixer Kombination)
- Methylphenidat (Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung mit unterschiedlichen sofort und verzögert freisetzenden Wirkstoffanteilen)
- Oxycodon- bzw. Hydromorphon-Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit
- Phenobarbital
- Phenprocoumon
- Phenytoin
- Primidon
- Tacrolimus
- Valproinsäure (auch als Natriumvalproat und Valproinsäure in Kombination mit Natriumvalproat)

In diesem Fall wird vor Abgabe des Arzneimittels von der Apotheke überprüft, ob es zu dem verordneten Arzneimittel ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel gibt, für das die Krankenkasse der/des jeweiligen Versicherten einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Die Apotheke muss weiterhin überprüfen, ob dieses Arzneimittel nach Wirkstärke mit dem verordneten Arzneimittel identisch ist, die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform hat, mindestens einem gleichen Indikationsbereich zuzuordnen ist und selbstverständlich auch die gleiche Packungsgröße hat. Trifft dies zu, muss die Apotheke dieses rabattierte Arzneimittel abgeben. Hat die Krankenkasse für mehrere Arzneimittel, die die

oben genannten Voraussetzungen erfüllen, Rabattverträge geschlossen, ist die Apotheke in der Auswahl unter diesen Arzneimitteln frei.

Ist kein Rabatt-Arzneimittel verfügbar (z. B. wegen Lieferschwierigkeiten), so muss die Apotheke dies auf dem Verordnungsblatt dokumentieren und kann dann eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel abgeben. Sind diese ebenfalls nicht lieferbar, muss die Apotheke das nächstpreisgünstige verfügbare Fertigarzneimittel abgeben. Die gleiche Auswahl kann stattfinden, wenn kein Rabattvertrag bei der jeweiligen Krankenkasse existiert.

Patientinnen und Patienten können auf eigenen Wunsch ein wirkstoffgleiches anderes Präparat (z. B. Originalpräparat) in der Apotheke verlangen. Hierbei müssen sie den kompletten Verkaufspreis auslegen und unter Vorlage von Apothekenquittung und Rezept(kopie) die Erstattung der Kosten des ansonsten abgegebenen Arzneimittels abzüglich einer Verwaltungsgebühr bei ihrer Krankenkasse beantragen (sogenannte Mehrkostenregelung).

Bei Arzneimitteln mit Wirkstoffen, die auf der Substitutionsausschlussliste (Anlage VII Teil B AM-RL, siehe Seite 11) stehen, darf die Apotheke auch bei fehlendem Aut-idem-Kreuz nicht austauschen. Eine Verordnung muss hier namentlich mit Herstellerangabe erfolgen, eine Wirkstoffverordnung ist nicht eindeutig.

Für Impfstoffe können keine Rabattverträge abgeschlossen werden. Ein Austausch ist in der Apotheke nicht möglich.

Kontrazeptiva

Eine Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln ist gemäß § 24a SGB V bis zum vollendeten 22. Lebensjahr möglich. Das 22. Lebensjahr ist am 22. Geburtstag vollendet.

Notfallkontrazeptiva („Pille danach") sind seit dem 15. März 2015 verschreibungsfrei erhältlich; dennoch ist bis zum vollendeten 22. Lebensjahr eine Kostenübernahme durch die GKV möglich, wenn eine ärztliche Verordnung vorgelegt wird. Hat sich die Patientin bereits in der Apotheke mit einer „Pille danach" versorgt, kann nachträglich kein Rezept dafür ausgestellt werden.

Nach dem 22. Geburtstag kann eine Verordnung von Kontrazeptiva nur dann erfolgen, wenn sie bei einer Krankenbehandlung medizinisch indiziert ist („Gewährung von Krankenhilfe"). Dies ist nur bei einer Behandlung mit teratogenen Arzneimitteln (z. B. Methotrexat, Isotretinoin, Thalidomid) der Fall. Folgende Krankenkassen haben in dem Zusammenhang ihre Leistungspflicht bejaht: AOK Baden-Württemberg, IKK classic, Barmer, DAK, HEK, hkk, KKH, TK, Knappschaft, SVLFG, BKK VerbundPlus, BKK SBH, Die Schwenninger Krankenkasse, Südzucker BKK.

Hormonpräparate können auch zur Behandlung von Erkrankungen wie Dysmenorrhoe, Zyklusstörungen, Endometriose oder krankhaften Androgenisierungserscheinungen der Frau verordnet werden. Die dafür eingesetzten Arzneimittel müssen jedoch für die Behandlung dieser Erkrankungen zugelassen sein. Krankenkassen können Prüfanträge wegen „Off-Label-Use" stellen, falls Kontrazeptiva verordnet werden, die nicht für die Behandlungsindikationen zugelassen sind.

Sonderfall Bundeswehr

Vertragsärzte dürfen Soldatinnen (unter 22 Jahren) keine Kontrazeptiva auf Muster-16-Kassenrezept verordnen, sondern können lediglich eine formlose Verordnungsempfehlung für den Bundeswehrarzt ausstellen.

Das Gleiche gilt für Notfallkontrazeptiva. Diese gelten im Rahmen des Bundeswehrrechts nicht als Notfallmedikamente und sind demnach auch nicht auf Muster-16-Kassenrezept zu verordnen.

➔ Weitere Informationen zum Thema „Moderne Empfängnisregelung" haben wir im Verordnungsforum 43 für Sie zusammengestellt. Sie finden es im Internet unter www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Betäubungsmittel

Die Verordnung von Betäubungsmitteln (BtM) unterliegt der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

Betäubungsmittel werden auf dem BtM-Rezept verordnet, das aus einem Deckblatt (Teil II) und zwei Durchschlägen (Teil I und III) besteht. Die Teile I und II werden der Patientin / dem Patienten für die Apotheke mitgegeben. Teil III verbleibt in der Arztpraxis und wird drei Jahre aufbewahrt.

Auf dem BtM-Rezept sind unter anderem folgende Angaben vorzunehmen (§ 9 BtMVV):

- Eindeutige Arzneimittelbezeichnung, Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form. Die Angabe „1 OP" oder „N2" hinter der Arzneimittelbezeichnung reicht nicht aus.
- Bei transdermalen Pflastersystemen ist neben der Pflasterart (Matrix-, Reservoirpflaster) auch die Freisetzungsrate und Wirkstoffbeladung anzugeben (Bsp. bei Wirkstoffverordnung: Fentanyl-Pflaster 50 µg/h 5 Stück, enthält 8,25 mg Fentanyl). Auf die Angabe der Beladungsmenge kann verzichtet werden, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht (Bsp.: Fentanyl Musterpharm® 50 µg/h Matrixpflaster 5 Stück).
- Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung"; bei Substitutionsmitteln auch die Reichdauer des Mittels in Tagen.
- Name und Vorname der verschreibenden Ärztin / des verschreibenden Arztes, Berufsbezeichnung, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift. Bei mehreren Ärzten in einer Praxis ist der Name des Verordners im Praxisstempel kenntlich zu machen oder zusätzlich zu vermerken.
- Kennzeichnung mit „S", wenn auf dem BtM-Rezept Substitutionsmittel verordnet werden (§ 5 BtMVV). Ist der Patientin / dem Patienten eine eigenverantwortliche Einnahme des Substitutionsmittels gestattet, ist das BtM-Rezept zusätzlich mit einem „T" zu kennzeichnen.

Gültigkeit: Ein BtM-Rezept darf nur bis zum 8. Tag (inklusive Verschreibungsdatum) in einer Apotheke vorgelegt werden.

Bei einem Notfall kann das Betäubungsmittel auf einem Kassenrezept (Muster 16) mit dem Vermerk „Notfallverordnung" („N") verschrieben werden. Ein BtM-Rezept mit der Kennzeichnung „N" muss der Apotheke unverzüglich nachgereicht werden.

Zum Austausch (Aut-idem-Regelung) siehe Abschnitt „Rabattverträge".

BtM-Rezepte müssen diebstahlsicher aufbewahrt werden.

➔ Die BtM-Rezepte sind zu beziehen über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundesopiumstelle.

Das Formular zur Erstanforderung von BtM-Rezepten sowie weitere Informationen finden Sie auf www.bfarm.de » Bundesopiumstelle

Für Nachbestellungen liegt jeder Sendung eine Folge-Anforderungskarte bei.

Arzneiverordnungen während eines stationären Aufenthaltes

Stationärer Krankenhausaufenthalt

Der Arzneimittelbedarf während eines stationären Aufenthaltes ist von der Klinik bereitzustellen und in den Vergütungssätzen für den stationären Aufenthalt enthalten. Die Patientinnen und Patienten können daher von der Klinik nicht verpflichtet werden, für die Zeit des stationären Aufenthalts Medikamente mitzubringen.

Eine Vertragsarztpraxis darf während des stationären Aufenthalts keine Medikamente für Patienten verordnen. Für die Dauer einer Beurlaubung werden die Patienten vom Krankenhaus mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, die sie entsprechend der laufenden Therapie eventuell benötigen. Die Kosten hierfür sind mit den Vergütungssätzen abgegolten.

Es besteht allerdings keine generelle Verpflichtung der Vertragsärzte, sich vor Ausstellung einer Arzneimittelverordnung zu vergewissern, dass der Versicherte, für den die Verordnung ausgestellt wird, sich zu diesem Zeitpunkt nicht in einer stationären Krankenhausbehandlung befindet (BSG-Urteil vom 28. September 2016, Az.: B 6 KA 27/16 B).

➔ Weiterführende Informationen liefert der Artikel „BSG-Urteil zu Arzneimittelverordnungen“ im Verordnungsforum 40: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum » Archiv

Stationäre Rehabilitation

Krankenversicherung ist Kostenträger der Reha-Maßnahme

Die Reha-Einrichtung stellt Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur im Zusammenhang mit dem in der Reha therapierten Heilbehandlungsleiden. Alle weiteren Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die zusätzlich für Erkrankungen benötigt werden, die nicht Grundlage der Rehabilitation sind, muss die niedergelassen Ärztin / der niedergelassene Arzt zulasten der GKV verordnen.

Rentenversicherung ist Kostenträger der Reha-Maßnahme

Die Reha-Einrichtung muss in der Regel den Patienten mit sämtlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgen. Eine Verordnung durch niedergelassene Vertragsärzte ist nicht möglich. Ausnahme: Es tritt eine interkurrente (akute) Erkrankung auf, die nicht in der Reha-Einrichtung abgeklärt werden kann und eine Aussetzung der Reha-Maßnahme erforderlich macht. Kehren Patienten nicht mehr in die Rehaklinik zurück, müssen notwendige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel von einer Vertragsarztpraxis zulasten der GKV verordnet werden.

➔ Weiterführende Informationen liefert der Artikel „Verordnung während Reha-Maßnahme“ im Verordnungsforum 46: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind eine **Pflichtleistung** der Krankenkassen, deren Umfang vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) geregelt wird. Basis für die Schutzimpfungs-Richtlinie sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Gibt die STIKO eine neue Empfehlung heraus, hat der G-BA maximal zwei Monate Zeit, über eine Anpassung der SI-RL zu entscheiden. In der Folge prüft das Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von maximal vier Wochen den Beschluss. Die Änderung der SI-RL gilt ab dem Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger. Erst nach Aufnahme der STIKO-Empfehlung in die SI-RL wird diese zur GKV-Leistung.

In Anlage 1 SI-RL sind die einzelnen Impfungen und die jeweiligen Indikationen genannt, in denen Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenkassen besteht.

In Anlage 2 SI-RL sind die bundeseinheitlichen Impfziffern für die Dokumentation und Abrechnung der Schutzimpfungen aufgeführt. Diese Impfziffern wurden in Baden-Württemberg außerdem um weitere Impfziffern ergänzt (Hepatitis-B-Grundimmunisierung und Influenza-Impfung bei Personen außerhalb der in Anlage 1 SI-RL genannten Altersbereiche bzw. Indikationen). Es handelt sich hierbei um „Satzungsleistungen".

➔ Die Liste der Impfziffern ist zu finden unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen

Verordnung von Impfstoffen

Über welchen Bezugsweg Impfstoffe verordnet werden **müssen**, ist in den Schutzimpfungsvereinbarungen zwischen der KV Baden-Württemberg und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden geregelt.

Die Impfstoffe für **Pflichtleistungen** (= von der STIKO empfohlene Impfungen, die in Anlage 1 SI-RL geregelt sind) sind über **Sprechstundenbedarf** (SSB) zu beziehen. Folgende Impfstoffe sind davon abweichend als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zu verordnen:

- Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoff
- Hepatitis-B-Impfung (als Satzungsleistung)
- berufliche Reiseimpfungen gegen Cholera
- Gelbfieber
- Japanische Enzephalitis
- MPOX/Affenpocken
- Tollwut
- Typhus.

Bitte achten Sie auf den korrekten Bezugsweg, denn ein falscher Bezugsweg wird von den Krankenkassen geprüft und kann zu Nachforderungen führen.

Beim Ausfüllen von Muster 16 für den SSB-Bezug ist Folgendes zu beachten:

- Im Kostenträgerfeld wird „GKV BW" eingetragen.
- Im Namensfeld soll „SSB BW" eingetragen werden.
- Im Feld „Kostenträgerkennung" sind die nachfolgenden Kostenträger-IKs verpflichtend anzugeben:
  - Freiburg: IK 108095249 (BSNR 57, 58, 59)
  - Karlsruhe: IK 107018414 (BSNR 52, 53, 54, 56)
  - Reutlingen: IK 107815807 (BSNR 62)
  - Stuttgart: IK 107815727 (BSNR 61)

- Die Impfstoffe aus dem Sprechstundenbedarf dürfen nur für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden.
- Für die Versicherten der BKK evm sind Impfstoffe privat zu verordnen.

Satzungsleistungen: Impfungen gegen Influenza und die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B können auch außerhalb der Indikationen nach Anlage 1 SI-RL (Pflichtleistungen) als Satzungsleistungen in Baden-Württemberg durchgeführt werden. Die Impfstoffe gegen Hepatitis B werden im Rahmen dieser Satzungsleistungen auf Namen des Patienten zulasten dessen Krankenkasse verordnet. Vorübergehend wird der Impfstoff für die Influenza-Impfung als Satzungsleistung über den SSB bezogen.

Für Versicherte der folgenden gesetzlichen Krankenkassen ist der Impfstoff für die Satzungsleistungen privat zu verordnen: BKK Karl Mayer, Heimat Krankenkasse und IKK gesund plus, da diese der Schutzimpfungsvereinbarung – Satzungsleistung nicht beigetreten sind.

Reiseimpfungen (außer nach § 11 Absatz 3 SI-RL) sind privat zu verordnen und nach GOÄ abzurechnen.

➔ Die Schutzimpfungs-Richtlinie im Wortlaut inklusive ihrer Anlagen, einen Fragen-Antworten-Katalog (FAQ) sowie weitere Informationen finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen

Alle für die Abrechnung relevanten Impfziffern finden Sie im Dokument „Impfziffern“.

Bezug von Sprechstundenbedarf (Muster 16)

Als Sprechstundenbedarf für die Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen Mittel und Materialien verordnet werden, soweit diese im Notfall oder für Patienten und Patientinnen mit akuten Schmerz- und Erregungszuständen erforderlich sind. Darüber hinaus können die als SSB verordneten Präparate in unmittelbarem Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung eingesetzt werden, wie z. B. bei ambulanten Operationen oder im Rahmen der Diagnosefeststellung. Ferner sind auch Verbandmittel und Materialien verordnungsfähig, die zur Behandlung in der Sprechstunde benötigt werden. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

Es sind ausschließlich die in Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SpBV) gelisteten Wirkstoffe in den jeweiligen Darreichungsformen sowie die dort aufgeführten medizinisch-technischen Produkte und Verbandstoffe verordnungsfähig. Verordnungen von Mitteln, die in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht ausdrücklich vorgesehen sind, werden von den Kostenträgern regelmäßig beanstandet und haben Nachforderungen bzw. Regresse zur Folge.

Die Mittel aus dem Sprechstundenbedarf dürfen nur für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden.

Mittel, die für Patienten in deren häuslichem Umfeld (Ausnahme: Hausbesuch) oder für eine Serienbehandlung in der Praxis bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und sind auf Namen des Patienten zu verordnen.

Materialien, die nicht in den Gebührensätzen des EBM enthalten sind und die auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, können Ärzte als Materialkosten auf dem Behandlungsschein abrechnen, sofern sie im Rahmen einer GKV-Leistung eingesetzt werden. Hierzu muss die Rechnung mit der Abrechnung eingereicht werden. Unter Materialkosten versteht man zum Beispiel Instrumente oder Gegenstände, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die die Patienten zur weiteren Verwendung behalten, sofern sie nicht bereits Bestandteil der abgerechneten GOPs sind oder es entsprechende Pauschalen gibt.

Mittel, die in den Gebührensätzen des EBM enthalten sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar (Allgemeine Bestimmungen des EBM, Punkt 7.1 bis 7.4). Die jeweiligen Kosten hat die Praxis zu tragen wie zum Beispiel:

- allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehen,
- Kosten für bestimmte Einmalartikel wie zum Beispiel Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalharnblasenkatheter,
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboruntersuchungen.

Bei erstmaliger Zulassung muss die Erstbeschaffung des Sprechstundenbedarfs immer die Praxis selbst tragen. Erst der Ersatz für diese Grundausstattung kann frühestens zu Beginn des nächsten Kalendervierteljahres als Sprechstundenbedarf zulasten der GKV bezogen werden. Ausnahme: Kontrastmittel und Impfstoffe, soweit diese als verordnungsfähige Mittel in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung genannt sind, können auch im Rahmen der Erstbeschaffung als Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Die für die Verordnungsweise geltenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit sind auch bei der Anforderung und der Verwendung von Sprechstundenbedarf zu beachten.

Der Sprechstundenbedarf wird zulasten der GKV Baden-Württemberg über das Kassenrezept Muster 16 bezogen, mit Kennzeichnung der Ziffer „9“ (Markierungsfeld). Das jeweils zugehörige Krankenkassen-Institutionskennzeichen (IK) ist verpflichtend einzutragen:

- Freiburg: IK 108095249
- Karlsruhe: IK 107018414
- Reutlingen: IK 107815807
- Stuttgart: IK 107815727

Weitere erforderliche Angaben sind: Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR), Ausstellungsdatum, genaue Produktbezeichnung, verordnete Menge, Arztstempel und Arztunterschrift (siehe Sprechstundenbedarfsvereinbarung § 1 Allgemeines, Punkt 7).

➔ Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung sowie die Anlage 1 mit den verordnungsfähigen Mitteln finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf

Verordnung von Heilmitteln (Muster 13)

Patienten haben nach § 32 Absatz 1a SGB V Anspruch auf Heilmittelbehandlung. Die Grundlage zur Verordnung von Heilmitteln zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt die Heilmittel-Richtlinie mit Heilmittelkatalog dar. Darin legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest, bei welchen Erkrankungen welche Heilmittel wie oft verordnet werden dürfen. Der Heilmittelkatalog benennt die Erkrankungen beispielhaft, wobei auch bei vergleichbaren Indikationen Verordnungen möglich sind. In der Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie sind nicht verordnungsfähige Heilmittel aufgeführt. Die Anlage 2 enthält die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf und die Anlage 3 die Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen.

Heilmittel sind Maßnahmen der

- Physiotherapie
- podologischen Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Systematik: Verordnungsfall und Verordnungsmengen

Im Heilmittelkatalog sind die **Höchstmengen der Behandlungseinheiten** je Verordnung festgelegt, wie z. B. bei der Diagnosegruppe „EX“: Höchstmenge je VO: „bis zu 6x/VO“. Die Höchstmenge kann beim besonderen Verordnungsbedarf und dem langfristigen Heilmittelbedarf überschritten werden (siehe Seite 23).

Zur Ermittlung, wie lang der Patientin/dem Patienten aufgrund derselben Diagnose Heilmittel verordnet werden dürfen, hat der G-BA den Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge eingeführt. Ein Verordnungsfall ist immer arztbezogen und klar definiert. Ein Verordnungsfall umfasst somit alle Heilmittel, wenn verordnet

- unter derselben LANR,
- für denselben Patienten oder die dieselbe Patientin,
- aufgrund derselben Diagnose (erste drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und derselben Diagnosegruppe,
- innerhalb der letzten sechs Monate.

Liegen mehrere heilmittelbedürftige Erkrankungen (unterschiedliche ICD-10-Codes) vor, so kann es gleichzeitig zu mehreren Verordnungsfällen kommen. Verordnungen durch andere Ärzte müssen nicht berücksichtigt werden.

Ein neuer Verordnungsfall beginnt nach einem verordnungsfreien Zeitraum von sechs Monaten ab Ausstellungsdatum der letzten Verordnung.

Die **orientierende Behandlungsmenge (OBM)** gibt die Anzahl der Heilmittel-Einheiten innerhalb des Verordnungsfalls vor, mit denen das Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Bei höherem Therapiebedarf können auch weitere Behandlungseinheiten verordnet werden. Im Falle einer Überschreitung der OBM sollte eine Begründung in der Patientenakte dokumentiert und gegebenenfalls ein Therapiebericht von der Therapeutin/dem Therapeuten angefordert werden.

Bei den besonderen Verordnungsbedarfen und dem langfristigen Heilmittelbedarf muss die orientierende Behandlungsmenge, wie im Heilmittelkatalog angegeben, nicht berücksichtigt werden.

Bei den podologischen Diagnosegruppen DF, NF und QF sowie in der Ernährungstherapie gibt es die orientierende Behandlungsmenge nicht.

Videobehandlung

Bestimmte Heilmittel sind auch als Videobehandlung möglich. Videobehandlungen sind jedoch auf einen bestimmten Anteil der verordneten Behandlungseinheiten begrenzt. Ob die Behandlung in Video oder Präsenz stattfindet, hat keinen Einfluss auf die Verordnung.

Anforderungen für nachträgliche Änderungen

Anforderungen für nachträgliche Änderungen auf der Verordnung bei unvollständigen oder fehlerhaften Angaben regelt die Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie. Dort ist dargestellt, in welchen Fällen eine Änderung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss. Rückfragen zwischen Therapeutin/Therapeut und verordnender Arztpraxis über eventuelle Korrekturen werden reduziert oder entfallen damit ganz.

➔ Ausführliche Informationen zur Heilmittel-Richtlinie und den Verordnungen finden Sie auf: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel, sowie in der Heilmittelbroschüre „Heilmittel richtig verordnen“

Verordnung in der Videosprechstunde

Heilmittel können per Videosprechstunde verordnet werden. Dazu muss dem Arzt der Patient und die verordnungsrelevante Diagnose bekannt sein.

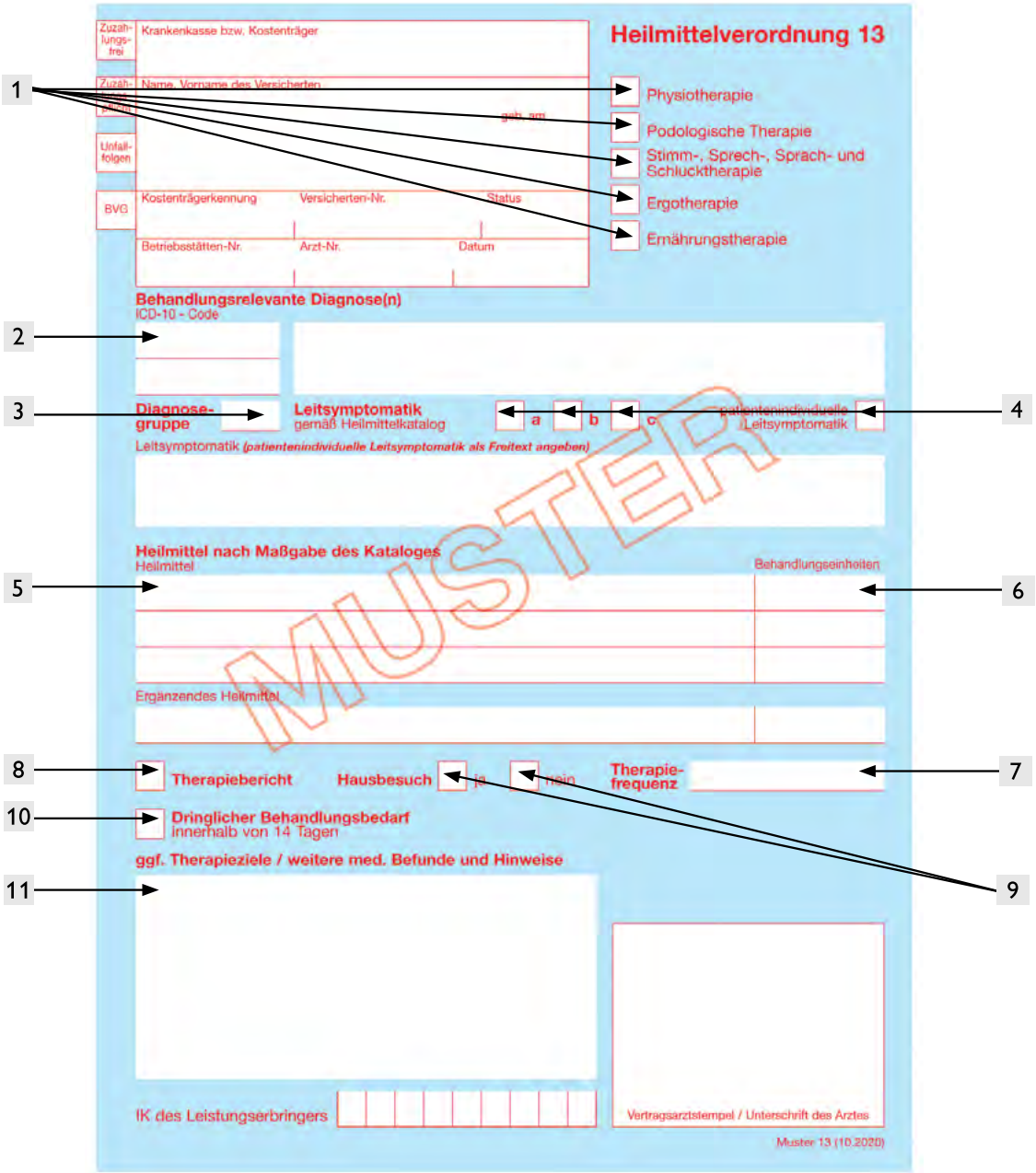
Blankoverordnung

Bei bestimmten Diagnosegruppen in den Bereichen Ergotherapie (SB1, PS3 und PS4) und Physiotherapie (EX) können Ärzte und ggf. Psychotherapeuten eine Blankoverordnung ausstellen.

In diesem Fall bestimmen Ergotherapeuten und Physiotherapeuten Heilmittel, Menge und Frequenz der Behandlung und übernehmen auch die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit. Blankoverordnungen unterliegen nicht den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Kosten aus Blankoverordnungen fließen nicht in das Heilmittel-Richtwertvolumen der Praxis ein.

Ausfüllhilfe Muster 13

Die Maßnahmen der Physiotherapie, podologischen Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie werden auf Muster 13 verordnet.



Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1 **Auswahl des Heilmittelbereichs:** Die erforderliche Maßnahme ist hier anzukreuzen. Es darf nur ein Kreuz gesetzt werden.

2 **Behandlungsrelevante Diagnose(n)** ist/sind als ICD-10-GM-Code anzugeben, und nur in begründeten Ausnahmefällen kann davon abgewichen werden. Für die Verordnung kann der ICD-10-Klartext ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist die Angabe des/der ICD-10-GM-Codes der vereinbarten Diagnoselisten notwendig. Die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf (bei Zustand nach operativen Eingriffen am Skelettsystem, Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems mit Myelopathie oder Radikulopathie sowie bei Krankheiten im Zusammenhang mit außerklinischer Intensivpflege bei Abhängigkeit vom Aspirator) geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist.

3 **Diagnosegruppe** nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (WS, EX, ZN, …)

4 **Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog:** Eine oder mehrere verordnungsbegründende Leitsymptomatik/-en gemäß Heilmittelkatalog sind hier buchstabenkodiert (a, b, c) und/oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann als Freitext eine vergleichbare, patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung maßgeblich ist, angegeben werden.

5 **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:** Die Heilmittel-Richtlinie sieht folgende Besonderheiten vor:
- Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können maximal **drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel** verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können maximal **drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen** miteinander kombiniert werden.
- Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln" **maximal ein** im Heilmittelkatalog genanntes **ergänzendes Heilmitte**l verordnet werden.
- Gruppentherapie ist gemäß Heilmittelkatalog als eigenständiges Heilmittel verordnungsfähig.

6 **Behandlungseinheiten:** Höchstmenge je Verordnung beachten. Bei Verordnung mehrerer vorrangiger Heilmittel ist die Anzahl der Behandlungseinheiten zu spezifizieren (z. B. 3x MT und 3x KG). Die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels je Verordnung richtet sich nach den verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel (im vorgenannten Beispiel z. B. 6x Heißluft). Für Verordnungen, die dem langfristigen Heilmittelbedarf oder den besonderen Verordnungsbedarfen zugeordnet werden, können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden, wobei die Höchstmenge in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen ist.

7 **Therapiefrequenz:** Eine Angabe ist auch als Frequenzspanne (z. B. 1–3x wöchentlich) möglich. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient zur Orientierung. In medizinisch begründeten Fällen kann ohne zusätzliche Dokumentation davon abgewichen werden.

8 **Therapiebericht** ist anzukreuzen, wenn ein Therapiebericht des Therapeuten angefordert wird.

9 **Hausbesuch ja/nein:** „ja" ist anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Therapiepraxis nicht aufsuchen kann oder die Therapie im häuslichen Umfeld durchgeführt werden muss. In allen anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch – nein" anzukreuzen. Dies gilt auch für Behandlungen in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung).

10 **Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen** ist anzukreuzen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen muss. Ohne die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung zu beginnen. Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

11 **Ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise** kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert oder weitere therapierelevante Befundergebnisse angegeben werden sollen.

Besondere Verordnungsbedarfe / Langfristiger Heilmittelbedarf

Patienten, die in intensivem Ausmaß oder auf lange Sicht Heilmittelverordnungen benötigen, lösen oftmals hohe Verordnungskosten aus. Deshalb sind bestimmte Diagnosen den besonderen Verordnungsbedarfen (BVB) oder dem langfristigen Heilmittelbedarf (LFH) zugeordnet.

Die bei diesen Diagnosen anfallenden Verordnungskosten sind nicht Gegenstand statistischer Wirtschaftlichkeitsprüfungen (z. B. Heilmittel-Richtwertprüfung). Allerdings werden als BVB gekennzeichnete Verordnungen seit dem Verordnungsjahr 2022 einer Plausibilisierung unterzogen. Grundsätzlich ist auch bei Verordnungen der besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise und genaue Indikationsstellung zu achten (siehe Seite 36).

Wichtig ist, dass neben einem exakten Indikationsschlüssel die Diagnose ICD-10-codiert auf dem Rezept angegeben wird. Nur so lassen sich Verordnungen entsprechend identifizieren (siehe Nr. 2 der Ausfüllerläuterungen). In der Regel reicht hierzu die Angabe eines ICD-10-Codes; in einigen Fällen ist die Angabe eines **zweiten** ICD-10-GM-Codes für die Anerkennung als BVB zwingend erforderlich.

Bei bestimmten Diagnosen ist die Anerkennung als BVB – im Gegensatz zum LFH – zeitlich befristet.

Heilmittelverordnungen, die aufgrund von entsprechenden ICD-10-GM-Codes einen BVB oder LFH begründen, können gleich **ab der ersten Verordnung in der notwendigen Behandlungsmenge für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen ausgestellt** werden. Die Behandlungsmenge bemisst sich an der Therapiefrequenz und dem Verordnungszeitraum, die auf der Verordnung angegeben wird. Zweiwöchentliche Behandlungen über 12 Wochen hinweg entsprächen also 24 Behandlungen. Geben Sie eine Frequenzspanne von beispielsweise 1–3 x wöchentlich laut Heilmittelkatalog an, ist für Sie der höchste Wert relevant. In diesem Fall wären also 36 Behandlungen auf einer Verordnung möglich. Die orientierende Behandlungsmenge (OBM) gemäß Heilmittelkatalog ist dabei nicht zu berücksichtigen. Danach erfolgt ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt, um den Therapiefortschritt festzustellen und neu zu bewerten.

Liegt eine vergleichbar schwere Erkrankung wie die gelisteten Diagnosen im LFH vor, so kann die Patientin/der Patient bei der Krankenkasse einen **Antrag auf Genehmigung eines individuellen langfristigen Heilmittelbedarfs** stellen. Eine Unterstützung von ärztlicher Seite z. B. durch das Hinzufügen von Befunden ist dabei möglich. Der voraussichtliche Behandlungsbedarf sollte mindestens ein Jahr betragen. Hingegen müssen die bundesweit vereinbarten langfristigen Heilmittelbedarfe nicht separat durch die gesetzlichen Krankenkassen genehmigt werden.

➔ Alle Diagnosen zum BVB und LFH finden Sie im zweiten Teil der Heilmittelbroschüre „Heilmittel richtig verordnen“

Verordnung von Hilfsmitteln (Muster 16)

Allgemeine Hinweise

Die Verordnung von Hilfsmitteln regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Hilfsmittel-Richtlinie.

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen.
Dazu gehören:

- Seh- und Hörhilfen,
- Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, zum Beispiel Bandagen, Gehhilfen, Stomaartikel, Inkontinenzhilfen,
- sächliche Mittel oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (zum Beispiel Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen),
- Änderungen, Instandsetzungen, Wartungen und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie Ausbildung in ihrem Gebrauch.

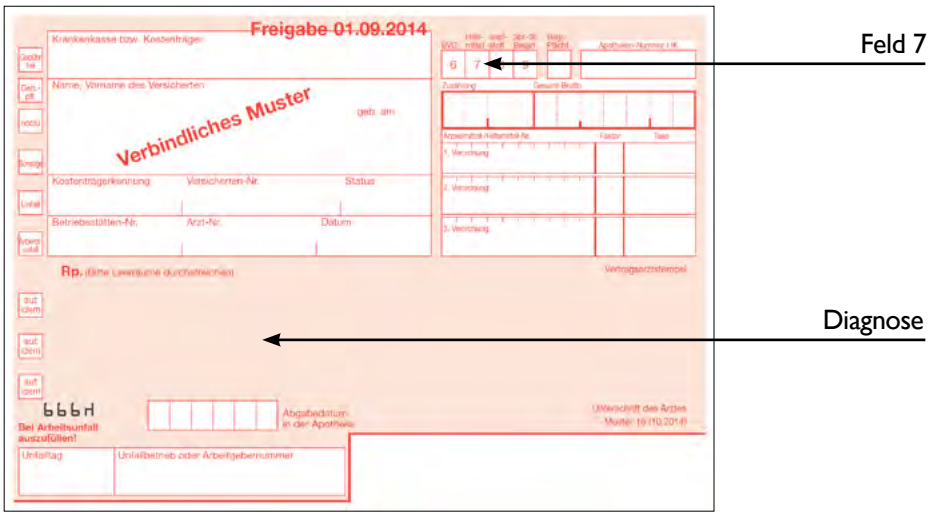
Hilfsmittel können zulasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie in dem vom GKV-Spitzenverband erstellten Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, das jedoch nicht abschließend ist (§ 4 Absatz 1 Hilfsmittel-Richtlinie). Wird im Einzelfall ein Hilfsmittel verordnet, das nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, ist auf der Verordnung eine entsprechende Begründung anzugeben.

Auch die zwischen Krankenkassen und Hilfsmittellieferanten (z. B. Sanitätshäuser, Apotheken) geschlossenen Verträge beeinflussen die Hilfsmittelversorgung. Für bestimmte Produktgruppen, z. B. Inkontinenzhilfsmittel, gibt es Monatspauschalen oder Festbeträge.

Die Krankenkassen übernehmen folglich nur die Kosten der Pauschale oder des entsprechenden Festbetrages. Aus diesem Grund ist auch – z. B. bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln – eine Pauschalverordnung möglich.

Bei Hilfsmitteln sind keine Richtwerte und somit auch kein praxisindividuelles Richtwertvolumen festgelegt.

Nicht verordnungsfähig sind Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis, z. B. Applikationshilfen für Wärme oder Kälte, Alkoholtupfer, Kompressionsstücke, Augenklappen, Fingerschienen und Urinflaschen (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel » Nicht als Hilfsmittel verordnungsfähige Produkte).



Ausfüllen des Kassenrezeptes (Muster 16)

Hilfsmittel werden bei medizinischer Notwendigkeit auf Muster 16 (Kassenrezept) verordnet. Ausnahmen sind Sehhilfen (Muster 8/8a) und Hörhilfen (Muster 15). Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld „7“ durch Eintragen der Ziffer „7“ zu kennzeichnen.

In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, dabei sind alle für die individuelle Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen. Deshalb soll insbesondere angegeben werden:

- Bezeichnung des Hilfsmittels (entweder Produktart oder 7-stellige Hilfsmittelnummer, nach Möglichkeit kein Einzelprodukt). Der Fachhandel oder die Apotheke wählt das spezifische Einzelprodukt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen geschlossenen Verträge aus. Nur im Ausnahmefall soll ein Einzelprodukt mit Begründung verordnet werden.
- Anzahl
- Art der Herstellung (Konfektion, Maßanfertigung)
- Diagnose

➔ Die Hilfsmittel-Richtlinie, das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes, die Liste mit den nicht-verordnungsfähigen Hilfsmitteln und Informationen zur Verordnung von Hilfsmitteln finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel

Bitte beachten Sie:

- Lanzetten und Blutzuckermessgeräte sind Hilfsmittel (Produktgruppe PG 21).
- Blut- und Harnteststreifen sind **keine** Hilfsmittel, sondern werden den Arzneimitteln zugeordnet. Weitere Informationen zu Teststreifen siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verbandstoffe & Teststreifen.
- Da für die gleichzeitige Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln getrennte Verordnungsblätter zu verwenden sind, müssen bei der Verordnung von Blutzuckerteststreifen (Arzneimittel) und Lanzetten (Hilfsmittel) zwei Kassenrezepte ausgestellt werden.
- Bei der Verordnung von Blut- und Harnteststreifen fällt keine Zuzahlung an.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung ihrer Beschwerden beitragen oder ihnen eine selbstständige Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten sind (§ 40 SGB XI).

Es erfolgt keine ärztliche Verordnung. Die Pflegehilfsmittel werden bei der Pflegekasse (= zuständiger Kostenträger) durch Pflegebedürftige oder deren Angehörige beantragt.

Die Pflegekasse überprüft, ob die Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln notwendig ist und zieht ggf. eine Pflegefachkraft oder den Medizinischen Dienst hinzu.

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (wie saugende Bettschutzeinlagen, Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel) erhalten Pflegebedürftige monatlich einen bestimmten Euro-Betrag.

Bestimmte Hilfsmittel (z. B. Badehilfen, Mobilitätshilfen) dienen sowohl der Pflege als auch der Krankenbehandlung. Für diese doppelfunktionalen Hilfsmittel erfolgt eine pauschale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Krankenkasse und der Pflegekasse.

➔ Den Abgrenzungskatalog Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel sowie die Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel (RidoHiMi) finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel

Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Muster 12)

Die häusliche Krankenpflege (HKP) umfasst folgende Leistungen:

- Behandlungspflege: Maßnahmen zur ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, die üblicherweise an Pflegekräfte delegiert werden können.
- Grundpflege: Dazu zählen die Grundverrichtungen des täglichen Lebens wie zum Beispiel Ernährung und Körperpflege.
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind.

Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, wenn Versicherte selbst oder im Haushalt lebende Personen die Maßnahmen nicht durchführen können.

Häusliche Krankenpflege kann als Sicherungspflege, als Krankenhausvermeidungspflege oder als Unterstützungspflege verordnet werden.

Die **Sicherungspflege** kann verordnet werden, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann. Verordnungsfähig ist die Behandlungspflege. Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Sicherungspflege nicht verordnet werden, sondern gehören in den Bereich der Pflegeversicherung. Sollten Versicherte keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, kann die Krankenkasse je nach Satzung auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege genehmigen.

Die **Krankenhausvermeidungspflege** kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Versicherte die Zustimmung zur Krankenhausbehandlung verweigern oder durch die häusliche Krankenpflege die erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt oder verkürzt werden kann. Sie kann die Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung umfassen.

Die **Unterstützungspflege** kann wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung verordnet werden, soweit keine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt. In diesem Fall sind Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung verordnungsfähig.

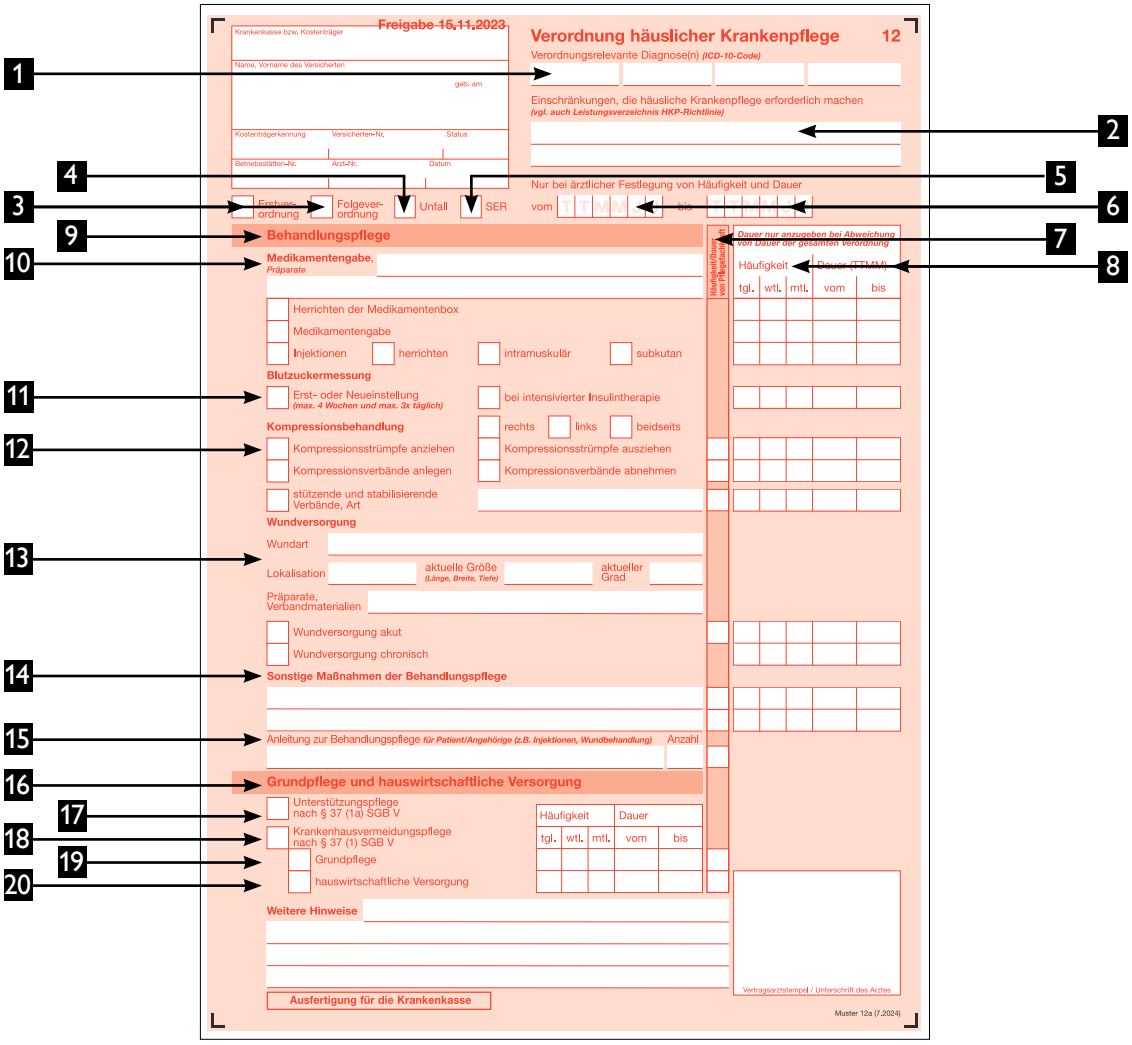
Die Verordnung von Krankenhausvermeidungspflege und Unterstützungspflege kann für maximal vier Wochen erfolgen und nur in begründeten Ausnahmen für einen längeren Zeitraum.

Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege muss durch die Krankenkasse genehmigt werden. Sie muss spätestens am vierten Arbeitstag nach der Ausstellung der Krankenkasse vorgelegt werden (übernimmt meist der Pflegedienst). Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die Vertragsärztin / den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren. Bis zu einer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und erbrachten Leistungen.

Ein „Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege“ (Leistungsverzeichnis) findet sich als Anlage der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege. Nicht darin aufgeführte Maßnahmen sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie als Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind.

Bei bestimmten im Leistungsverzeichnis festgelegten Maßnahmen kann eine Blankoverordnung ausgestellt werden. Bei der Blankoverordnung entscheidet die qualifizierte Pflegefachkraft über die Häufigkeit und Dauer der Maßnahme.

Vertragsärzte sollen bei Hausbesuchen die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre Entscheidungen auswerten und Anordnungen darin vermerken. Außerdem informiert der Pflegedienst die Vertragsärzte über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation, und diese entscheiden über Maßnahmen, die sich daraus ergeben.



1 **Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD-10-Code):** Diese sind hier einzutragen.

2 **Einschränkungen, die die häusliche Krankenpflege erforderlich machen:** Geben Sie hier Anlässe für die Verordnung häuslicher Krankenpflege an. Bei einzelnen Maßnahmen (z. B. Medikamentengabe, Kompressionsstrümpfe anziehen) muss eine schwere Beeinträchtigung (z. B. Einschränkung der Sehfähigkeit, der Grob-/Feinmotorik oder der geistigen Leistungsfähigkeit) vorliegen, die eine selbstständige Durchführung der Maßnahme unmöglich macht (siehe auch Spalte Bemerkung im Leistungsverzeichnis). vorliegen, die eine selbstständige Durchführung der Maßnahme unmöglich macht.

3 **Erstverordnung** oder **Folgeverordnung** ankreuzen. Erstverordnungen können Sie in der Regel für längstens 14 Tage ausstellen. Eine Folgeverordnung können Sie für einen längeren Zeitraum (nicht quartalsgebunden) ausstellen. Eine Folgeverordnung müssen Sie in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausstellen..

4 **Unfall:** Dies kreuzen Sie an, wenn die Verordnung infolge eines Unfalls notwendig wird.

5 **SER:** Dies kreuzen Sie an, wenn HKP aufgrund des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) im neuen SGB XIV verordnet wird. Dies betrifft beispielsweise Opfer einer Gewalttat (einschließlich Terroropfer) oder Opfer von Kriegsauswirkungen der beiden Weltkriege.

6 **Verordnungsdauer „vom – bis“:** Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die Maßnahmen erbracht werden sollen, für die ein Arzt die Häufigkeit und Dauer festlegt. Pflegefachkräfte dürfen diese Felder nicht befüllen.

Keine Blankoverordnung
Werden nur Maßnahmen verordnet, bei denen der Arzt die Häufigkeit und Dauer festgelegt, ist der Zeitraum unter Punkt 6 vom Arzt zu befüllen. Pflegefachkräfte können in diesem Fall die Felder unter Punkt 8 nicht befüllen.

Hybrid-Verordnungen
Werden sowohl Maßnahmen verordnet, bei denen Häufigkeit und Dauer ärztlich festgelegt werden (Punkt 8), als auch Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer bestimmen sollen (siehe Punkt 7), legt der Arzt den Zeitraum unter Punkt 6 fest. Diese Angabe bezieht sich jedoch nicht auf die Maßnahmen, deren Häufigkeit und Dauer Pflegefachkräfte selbst bestimmen.

Blankoverordnungen
Werden nur Maßnahmen verordnet, für die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen sollen (siehe Punkt 7), legt der Arzt keinen Zeitraum unter Punkt 6 fest. In diesem Fall erfolgt die Angabe zur Häufigkeit und Dauer ausschließlich von der Pflegefachkraft unter Punkt 8

7 **Verordnungsmenge (Pflichtfeld) – Häufigkeit/ Dauer von Pflegefachkraft:** Sofern die Häufigkeit und Dauer durch die Pflegefachkraft bestimmt werden sollen, macht dies der Arzt durch Ankreuzen auf der Verordnung kenntlich. Möglich ist das bei folgenden Leistungen:

1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit
2 Ausscheidungen
3 Ernährung (nur orale Verabreichung)
4 Körperpflege
5 Hauswirtschaftliche Versorgung
6 Absaugen (nur Absaugen der oberen Luftwege)
7 Anleitung bei der Behandlungspflege
12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung
13 Drainagen (Überprüfen,Versorgen)
14 Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung
21 Auflegen von Kälteträgern
22 Versorgung eines suprapubischen Katheters
23 Katheterisierung der Harnblase
27 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
28 Stomabehandlung
30 Pflege des zentralen Venenkatheters
31 Wundversorgung einer akuten Wunde
31b Kompressionsstrümpfe / Kompressionsverband
31c Stützende Verbände
31d Bandagen und Orthesen

8 **Häufigkeit/Dauer:** Häufigkeit (täglich, wöchentlich, monatlich) und Dauer (vom – bis) sind bei jeder zu erbringenden Maßnahme anzugeben. Die Angaben orientieren sich am Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie. Die Angabe „Dauer“ bei einzelnen Maßnahmen ist nur bei einer Abweichung von der Dauer der gesamten Verordnung (siehe Punkt 6) notwendig. Für eine Eindeutigkeit der Verordnungsmenge können die Angaben „tgl.“, „wtl.“ und „mtl.“ nebeneinander verwendet werden. Sofern die Pflegefachkraft die Dauer und Häufigkeit festlegen soll (siehe Punkt 7), darf hier keine Angabe vom Arzt erfolgen. Der unter Punkt 6 ärztlich festgelegte Zeitraum gilt nicht, wenn Pflegefachkräfte die Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen selbst bestimmen können.

9 **Behandlungspflege:** Sie hat als Sicherungspflege das Ziel, die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern. Sie umfasst neben Einzelleistungen, z. B. Medikamentengabe oder Verbandwechsel, auch komplexe Leistungen wie die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten.

10 **Medikamentengabe:** Hier sind die einzelnen zu verabreichenden Präparate und die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der Medikamentengabe anzugeben (siehe Nr. 26 im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie).
Angaben zu den Präparaten können auch auf einem gesonderten Dokument als Anlage erfolgen.

11 **Blutzuckermessungen:** Sie können nach Nr. 11 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes oder bei einer intensivierten Insulintherapie verordnet werden.

12 **Kompressionsbehandlung:** Sie ist in der Nr. 31b des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie geregelt.

Hier ist anzukreuzen, ob es sich um das An- und/oder das Ausziehen von Kompressionsstrümpfen handelt, oder um das Anlegen oder Abnehmen von Kompressionsverbänden. Die Kompressionsbehandlung ist im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab Kompressionsklasse I verordnungsfähig. Das Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden kommt nur bei akuten Ereignissen (z. B. Distorsion) in Betracht und ist zeitlich nur begrenzt verordnungsfähig.

13 **Wundversorgung:** Hier tragen Sie die Wundart (z. B. Ulcus cruris) und die Lokalisation mit aktueller Größe und Grad ein. Geben Sie die anzuwendenden Präparate und Verbandmaterialien sowie die Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen an. Alternativ kann ein gesondertes Dokument als Anlage verwendet werden. Kreuzen Sie an, ob es sich um eine akute oder chronische Wunde handelt. Die Leistung „Positionswechsel bei Dekubitusbehandlung" kann bei einem Dekubitus ab Grad 1 verordnet werden, wenn keine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann, auch nicht nachdem sie durch die Verordnung der „Anleitung zur Behandlungspflege" dazu befähigt wurde (siehe Nummer 7 im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie).

14 **Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege:** Hier können weitere, nicht auf dem Verordnungsformular aufgeführte Maßnahmen der Behandlungspflege verordnet werden, z. B. Nr. 12 „Positionswechsel bei Dekubitusbehandlung".

15 **Anleitung zur Behandlungspflege:** Sie ist lt. Nr. 7 des HKP-Leistungsverzeichnisses bis zu zehnmal verordnungsfähig und beinhaltet die Anleitung des Patienten und/oder des Angehörigen durch den Pflegedienst in der Durchführung der Maßnahme sowie der Kontrolle der Durchführung. Hier sind die einzelnen Leistungen der Behandlungspflege und ihre Anzahl zu nennen.

16 **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung:** Sie können nur im Rahmen der Unterstützungspflege oder der Krankenhausvermeidungspflege verordnet werden. Bei allen Maßnahmen sind Angaben zur Häufigkeit und Dauer zu machen.

17 **Unterstützungspflege nach § 37 Absatz 1a SGB V:** Sie ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten OP oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Sie umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Häufigkeit und Dauer sind hier anzukreuzen. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können im Rahmen der Unterstützungspflege nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Grundpflege verordnet werden. Grundpflege kann bei der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.

18 **Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Absatz 1 SGB V:** Sie kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Sie kann für maximal vier Wochen verordnet werden, und nur in begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse diesen Zeitraum nach Einschaltung des MD verlängern. Werden die Voraussetzungen zur Krankenhausvermeidungspflege erfüllt, kann bei Notwendigkeit neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung verordnet werden

19 **Grundpflege:** Sie umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Erforderliche Maßnahmen sind ggf. im Feld „Weitere Hinweise" näher zu beschreiben. Festlegung der Häufigkeit und Dauer durch eine Pflegefachkraft ist bei dieser Leistung möglich. Bei Nr. 3 „Ernährung" darf die Häufigkeit und Dauer von der Pflegefachkraft nur für die orale Verabreichung bestimmt werden, nicht für die Verabreichung von Sondennahrung.

20 **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Sie beinhaltet hauswirtschaftliche Leistungen in der Häuslichkeit des Versicherten.

➔ Die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege mit einem Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen sowie weitere Informationen zur Verordnung von HKP finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen

Verordnung von Krankenbeförderungen (Muster 4)

Die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) regelt die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Vor der Verordnung der Krankenbeförderung ist die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 KT-RL zu prüfen und das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 KT-RL auszuwählen.

Die Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4) ist nur auszustellen, wenn die/der Versicherte wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen kann, ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzen kann, die Benutzung eines privaten PKW nicht in Betracht kommt und die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Fahrten, für die kein zwingender medizinischer Grund vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Leistung der GKV. Die Verordnung ist auf Muster 4 auszustellen. Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 der Richtlinie geregelt. Die Verordnung soll vor der Beförderung ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann nachträglich verordnet werden.

Die Auswahl des Fahrzeuges soll nach der medizinischen Notwendigkeit und unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit erfolgen. In der vertragsärztlichen Versorgung sind das vor allem folgende Beförderungen:

- **Krankenfahrten** sind Fahrten, die beispielsweise mit einem Taxi stattfinden. Eine medizinisch-fachliche Betreuung findet während der Fahrt nicht statt.
- **Krankentransporte** sind Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug, welches unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung gewährleistet oder eine besondere Fahrzeugausstattung vorweist. Sie sind nicht auf die Beförderung von Notfällen ausgelegt.
- **Rettungsfahrten** mit Rettungswagen, Notarztwagen, Notarztfahrzeug bzw. Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern, wenn Patienten aufgrund ihres Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel befördert werden müssen oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.

Krankenfahrten und Krankentransporte stehen in vielen Fällen unter einem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen.

Keine Genehmigung der Krankenkasse ist notwendig bei Fahrten

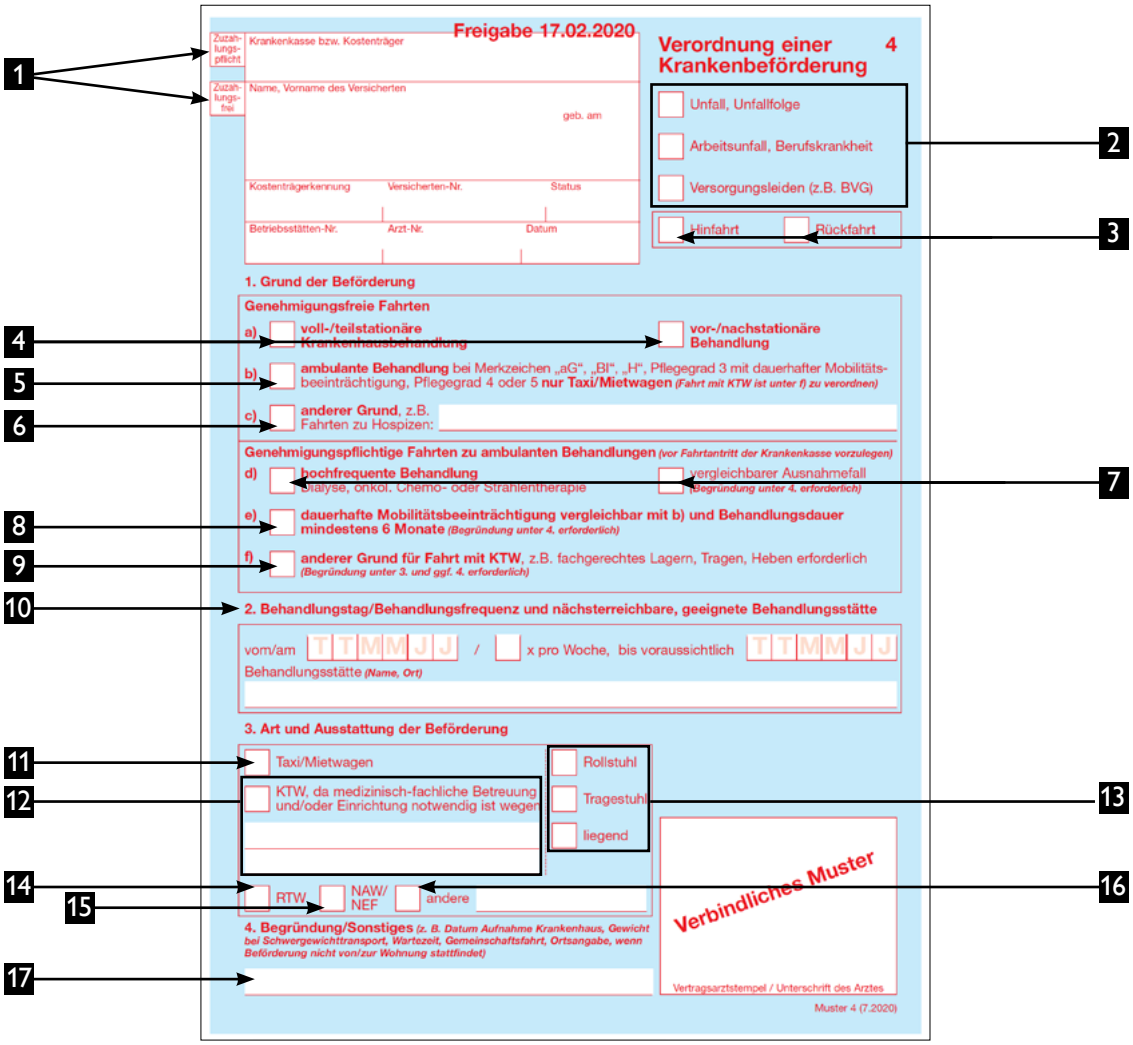
- zu einer stationären Therapie,
- zu einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V,
- zu einer ambulanten Operation nach § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis sowie der notwendigen Vor- oder Nachbehandlung, nur wenn dadurch eine vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder sie nicht ausführbar ist, beispielsweise aus besonderen, patientenindividuellen Gründen,
- bei Krankenfahrten für Patientinnen oder Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid in Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Bei Pflegegrad 3 muss die dauerhafte Mobilitätseinschränkung gesondert ärztlich festgestellt werden, bei den Pflegegraden 4 und 5 wird sie als gegeben angesehen.

Eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkassen ist erforderlich

- bei Fahrten in besonderen Ausnahmefällen, zum Beispiel Dialyse oder bei bestimmten Therapien von Krebserkrankungen,
- bei Krankentransporten, wenn Patienten aufgrund ihres Gesundheitszustandes medizinischer Betreuung oder fachgerechter Lagerung bedürfen,
- bei Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen. Krankenkassen können diese im Einzelfall genehmigen.

Die Verordnung wird dem Versicherten übergeben, der diese seiner Krankenkasse frühzeitig zur Genehmigung vorlegen muss.

➔ Die Krankentransport-Richtlinie finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen



Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1 **Zuzahlungspflicht bzw. zuzahlungsfrei:** Hier ist anzugeben, ob eine Zuzahlungspflicht besteht.

2 **Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden:** ist in diesen Fällen zu kennzeichnen und der entsprechende Kostenträger ist anzugeben.

3 **Hinfahrt, Rückfahrt:** Die medizinische Notwendigkeit ist gesondert für die Hin- und Rückfahrt zu beurteilen.

Genehmigungsfreie Fahrten

4 **a)** voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung oder vor-/nachstationäre Behandlung: Die Beförderung zur vorstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. zur nachstationären Behandlung für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Bitte **17** beachten.

5 **b) ambulante Behandlung:** bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG", „Bl", „H" oder Pflegegrad 4 oder 5. Bei Patienten mit Pflegegrad 3 muss im Einzelfall entschieden werden, ob eine dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Mobilität vorliegt. Verordnungsfähig sind Fahrten, die in Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden, auch Fahrten mit KTW. Letztere sind jedoch genehmigungspflichtig und daher unter f) zu verordnen (siehe **9**).

6 **c) anderer Grund:** Fahrten zu stationären Einrichtungen (z. B. stationären Hospizen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Leistung der Krankenkasse), zu stationsersetzenden ambulanten Operationen im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis sowie zur erforderlichen Vor- und Nachbehandlung oder bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen sind von der/dem Versicherten vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen. Maßgebliche Kriterien sind:

7 **d) hochfrequente Behandlung** (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) oder vergleichbarer Ausnahmefall, z. B. bei vorgegebenem Therapieschema mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum. Die Vergleichbarkeit ist unter **17** zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10-Codes.

8 **e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung:** vergleichbar mit b) (**5**) und Behandlungsdauer mindestens sechs Monate. Begründen Sie diese unter **17**.

9 **f) anderer Grund für Fahrt mit KTW:** Angaben dazu sind bei der Art der Beförderung unter **12** zu machen.

10 **Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte:** Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag oder der Behandlungsfrequenz pro Woche sowie zur Behandlungsstätte (Name des Krankenhauses, Name oder Fachrichtung der Vertragsärztin / des Vertragsarztes). Ist bei genehmigungsfreien Fahrten der Behandlungstag nicht bekannt, kann auf die Angabe verzichtet werden. Die Begründung ist unter **17** anzugeben.

11 **Taxi/Mietwagen:** ist verordnungsfähig, wenn Patienten aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen können. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung.

12 **KTW** (Krankentransportwagen)**:** ist verordnungsfähig und im Freitextfeld (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10-Codes) zu begründen, wenn eine **medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig** ist.

13 **Rollstuhl, Tragestuhl, liegend:** ist anzukreuzen, wenn ein Fahrzeug mit bestimmter Ausstattung benötigt wird. Dies ist für Taxi, Mietwagen oder KTW möglich.

14 **RTW** (Rettungswagen): ist anzukreuzen, wenn vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzliche Maßnahmen notwendig sind, um die vitalen Funktionen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

15 **NAW/NEF** (Notarztwagen/Notarzteinsatzfahrzeug): ist anzukreuzen, wenn eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

16 **andere:** ist anzukreuzen, wenn ein anderes Beförderungsmittel notwendig ist, z. B. ein Rettungshubschrauber (RTH).

17 **Sonstiges:** Hier sind sonstige relevante Angaben zu machen, z. B.

- Datumsangabe der (geplanten) stationären Aufnahme bei Fahrten zu vorstationären Behandlungen
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt
- ggf. Namensnennung der Mitfahrenden bei der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung der Patientin / des Patienten stattfindet
- Datumsangabe der (geplanten) ambulanten Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen
- Begründung der (geplanten) stationsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe)
- Angabe, dass bei nicht planbaren Fahrten keine Genehmigungsmöglichkeit bestand
- Angabe, dass die Patientin / der Patient einen Rollator besitzt und/oder keine Stufen steigen kann.

➔ Weiterführende Informationen zur Verordnung einer Krankenbeförderung finden Sie unter: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) handelt es sich um Apps, die Patientinnen und Patienten beispielsweise mit ihrem Smartphone oder Tablet nutzen. Es gibt auch webbasierte Anwendungen, die über einen Internetbrowser auf einem PC oder Laptop laufen.

DiGA sind Medizinprodukte der niedrigen Risikoklassen I und IIa. Sie sollen Patienten unterstützen, Krankheiten zu erkennen, zu behandeln oder zu lindern. Auch bei Verletzungen oder einer Behinderung ist ein Einsatz möglich. Wichtig ist, dass die jeweilige App vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft wurde und im DiGA-Verzeichnis gelistet ist: https://diga.bfarm.de/de.

Möglichkeiten des Bezugwegs

1. Verordnung

- Wenn die Verordnung medizinisch indiziert ist, können Ärzte und Psychotherapeuten ein Rezept (Muster 16) für die jeweilige DiGA ausstellen. Psychotherapeutische Praxen verwenden das Muster 16P und drucken hierfür in die Codierleiste die Nummern "999999999" (9x9) ein. Das Formular kann über den Kohlhammer-Verlag bestellt werden.
- Eine Zuzahlungspflicht für Patienten besteht nicht, dementsprechend ist das Feld „Gebühr frei“ auf dem Muster 16 anzukreuzen.
- Die Kosten fließen nicht ins Arzneimittel-Verordnungsvolumen ein. Auch hier ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.
- Neben den regulären Daten des Personalienfeldes wie Versichertenname und Krankenkasse sind die Bezeichnung der Anwendung und die Pharmazentralnummer (PZN) auf der Verordnung anzugeben.
- Die Anwendungsdauer muss nicht auf der Verordnung angegeben werden.
- Bei medizinischer Notwendigkeit kann eine Folgeverordnung für die gleiche DiGA ausgestellt werden, wenn das angestrebte Therapieziel damit voraussichtlich erreicht werden kann.
- Für einen Patienten können mehrere unterschiedliche DiGA für unterschiedliche Indikationen verordnet werden. Je Rezept kann jedoch nur eine DiGA verordnet werden.

Es besteht die Möglichkeit für Ärzte und Psychotherapeuten, limitierte Testzugänge zu erhalten.

2. Antrag bei der Krankenkasse

Alternativ können Patienten direkt einen Antrag auf Genehmigung bei ihrer Krankenkasse stellen. Wenn eine entsprechende Indikation vorliegt, übernimmt diese dann die Kosten. Ärzte müssen hierfür keine Nachweise bringen oder Befunde erstellen.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Alle Ärztinnen und Ärzte sind mittlerweile verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung digital an die Krankenkassen zu übermitteln (§ 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Dies geschieht mittels des Kommunikationsdienstes im Medizinwesen (KIM), einem sicheren E-Mail-Dienst in der Telematikinfrastruktur (TI).

Die Versicherten erhalten weiterhin einen Papierausdruck für sich selbst (diesen muss der Arzt nur auf Wunsch des Patienten unterschreiben).

Seit dem 1. Januar 2023 stellen die Krankenkassen die AU-Daten den Arbeitgebern digital bereit. Die Ärztin/der Arzt muss sich hierum nicht kümmern. Die Arbeitgeber rufen diese Daten dann bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Dies funktioniert aber nur dann, wenn die Arbeitnehmer ihre Arbeitgeber über ihre Krankschreibung informiert haben. Hierzu sind sie nach wie vor verpflichtet.

➔ Alle weiteren Informationen zur eAU finden Sie auf:
www.kvbawue.de » Praxis » Unternehmen Praxis
» IT & Online-Dienste » Telematikinfrastruktur (TI) &
E-Health » Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Fragen zur eAU beantwortet Ihnen unser Rechtsbereich:
recht@kvbawue.de

Gültigkeitsdauer und Erstattungsfristen

Ärztliche Verordnungen haben eine begrenzte Gültigkeitsdauer und Erstattungsfristen.

Arzneimittel

- Kassenrezept (Muster 16 rosa): 28 Tage ab Ausstellungsdatum.
  Hinweis: Retinoidhaltige Arzneimittel sind für Frauen im gebärfähigen Alter bis zu sechs Tage nach dem Tag ihrer Ausstellung gültig.
- Privatrezept (z. B. rosa, weiß oder blau): drei Monate ab Ausstellungsdatum
- Betäubungsmittelrezept (gelb): darf nur bis zum 8. Tag (inklusive Verschreibungsdatum) in einer Apotheke vorgelegt werden
- „Grünes Rezept" (nur für nicht zulasten der GKV verordnungsfähige, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verwenden): zeitlich unbegrenzt gültig
- T-Rezept (weiß) zur Verordnung von Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid: sieben Tage ab Ausstellungsdatum

Heilmittel

- Der Behandlungsbeginn muss spätestens 28 Kalendertage nach der Verordnung erfolgen.
- Ein dringlicher Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen kann explizit auf der Verordnung gekennzeichnet werden.
- Wird die Behandlung nicht in den genannten Zeiträumen begonnen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- Bei Unterbrechung der Behandlung von mehr als 14 Tagen – ohne Begründung – verliert die Verordnung ebenfalls ihre Gültigkeit.

Hilfsmittel

Muster 16, Muster 8/8a (Sehhilfen), Muster 15 (Hörhilfen): 28 Kalendertage ab Ausstellungsdatum

Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

Muster 16/16P: 28 Kalendertage ab Ausstellungsdatum

Häusliche Krankenpflege

Muster 12: keine Angabe zur Gültigkeit in der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie.
Kostenerstattung bereits während des Genehmigungsverfahrens, wenn die Verordnung der Krankenkasse spätestens am vierten Arbeitstag nach Ausstellung vorliegt.

Krankentransport

Muster 4: keine Angabe zur Gültigkeitsdauer in der Krankentransport-Richtlinie.

➔ Die KBV stellt die „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung", die im Bundesmantelvertrag Ärzte zu finden sind, auf ihrer Website zur Verfügung: www.kbv.de » Service » Rechtsquellen » Verträge » Bundesmantelvertrag

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach Sozialgesetzbuch V (§ 12 SGB V) wird im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen überprüft. Diese Aufgabe ist in Baden-Württemberg den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg übertragen. Die derzeit wichtigsten Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich der veranlassten Leistungen lassen sich in zwei Gruppen einteilen: statistische Auffälligkeitsprüfungen und Einzelfallprüfungen.

Statistische Auffälligkeitsprüfungen

Bei den statistischen Auffälligkeitsprüfungen handelt es sich um jährliche Richtwertprüfungen bei Arznei- und Heilmitteln bei Überschreitung des jeweiligen praxisindividuellen Richtwertvolumens. Sie werden von Amts wegen (d. h. automatisch) von den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen eingeleitet und durchgeführt.

- Die Richtwertprüfung erfolgt einheitlich für alle Verordnungen einer Praxis, unabhängig davon, ob sie dem Kollektiv- oder Selektivbereich zugeordnet sind.
- Im Moment findet die Einleitung des Prüfverfahrens um zwei Jahre versetzt statt. Das heißt zum Beispiel, dass die Einleitung für das Verordnungsjahr 2024 im Jahr 2026 erfolgt.
- Eine Richtwertprüfung erfolgt nur, wenn in allen vier Quartalen eines Kalenderjahres Verordnungen ausgestellt wurden.
- In fachgruppenübergreifenden BAGs/MVZs wird für jede Richtwertgruppe (entspricht in der Regel der Fachgruppe) einzeln die Einhaltung des Richtwertvolumens geprüft.
- Die Einleitung eines Prüfverfahrens erfolgt, wenn das Verordnungsvolumen (Gesamtausgaben für Verordnungen) das praxisindividuelle Richtwertvolumen innerhalb eines Kalenderjahres um mehr als 25 Prozent überschreitet.
- Im Fall eines Prüfverfahrens sollten individuelle Besonderheiten Ihrer Praxis an die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg weitergeleitet und dargelegt werden. Eine Vorabmeldung ist nicht vorgesehen.
- Für den Bereich der statistischen Prüfungen gibt es einige „Schutzmaßnahmen". Bei erstmaliger Auffälligkeit gilt der Grundsatz „Beratung vor Nachforderung". Darüber hinaus dürfen für die ersten beiden Prüfzeiträume für erstmalig (in der BRD) zugelassene Ärzte keine individuellen Beratungen oder Nachforderungen festgesetzt werden („Welpenschutz"). Für bestehende Praxen sollen existenzgefährdende Nachforderungen („Nachforderungsbegrenzung" und „Amnestieregelung") zukünftig verhindert werden.
- Fachgruppen, für die keine Richtwerte vereinbart sind, unterliegen nicht der Richtwertprüfung. Bei diesen kann die wirtschaftliche Verordnungsweise durch weitere in der Prüfvereinbarung geregelte Verfahren, wie die Durchschnittwerteprüfung der Verordnungsweise im Einzelfall, Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V oder eine Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens, erfolgen.

Hinweise zur Richtwertprüfung Arzneimittel

- Neben den Arzneimitteln werden im Rahmen der Richtwertprüfung auch Verordnungen von Verbandstoffen, Teststreifen (Ausnahme: Blutzuckerteststreifen) und Diätetika nach § 31 SGB V geprüft.
- Eine Überschreitung des praxisindividuellen Richtwertvolumens ist nicht in jedem Fall mit einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise gleichzusetzen. Ein Grund kann sein, dass eine Schwerpunktpraxis als Praxisbesonderheit vorliegt.
- Teure Therapien sollten besonders ausführlich dokumentiert werden. Aus der Dokumentation sollte vor allem auch hervorgehen, wie die Therapieentscheidung zustande kam und dass der Einsatz preisgünstiger Alternativen nicht möglich war.

➔ Allgemeine Informationen zur Arzneimittel-Richtwertsystematik finden Sie im Sonderverordnungsforum „Richtwertsystematik Arzneimittel - Grundlagen und aktuelle Hinweise", Januar 2023, siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte

Hinweise zur Richtwertprüfung Heilmittel

- Der Heilmittel-Richtwert ist der Euro-Betrag, der Ärzten einer bestimmten Fachgruppe pro abgerechneten kurativen Behandlungsfall und Quartal zur Verordnung von Heilmitteln zur Verfügung steht – unabhängig davon, ob eine Heilmittelverordnung ausgestellt wird oder nicht.
- Behandlungsfälle aus Selektivverträgen werden bei der Berechnung des Richtwertvolumens berücksichtigt und die Kosten der verordneten Leistungen fließen in das Heilmittel-Richtwertvolumen mit ein. Behandlungsfälle von sonstigen Kostenträgern (z. B. Postbeamte A) werden hingegen nicht berücksichtigt.
- Im Rahmen der Richtwertprüfung findet eine Plausibilisierung für BVB-Verordnungen (ab dem Verordnungsjahr 2022) statt.
- Das Praxisverwaltungssystem (PVS) bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, eine Verordnungskostenstatistik der gesamten getätigten Verordnungen auszuweisen. Die bundeseinheitlich vereinbarten Heilmittelpreise werden im PVS und darüber hinaus auch in die Verordnungsstatistik eingebunden. Die Preise werden während des Verordnungsvorgangs angezeigt, die Anzeige kann auch deaktiviert werden.

Verordnungsstatistiken

Als Vertragsarzt in Baden-Württemberg erhalten Sie im Rahmen des agilen Frühwarnsystems informative Auswertungen und Ausgabenübersichten zu Ihren verordneten Leistungen („Frühinformation Arzneimittel“ und „Informationsstatistik Heilmittel“). Beachten Sie dabei bitte, dass die Verordnungsdaten von Arzneimitteln aktuell sind; die der Heilmittel allerdings nicht. Diese Verordnungsdaten werden der KVBW erst zugeleitet, nachdem die Rezepte der Therapeuten mit den Kostenträgern abgerechnet wurden. Dadurch sind die Daten in der „Informationsstatistik Heilmittel“ – im Gegensatz zu der „Frühinformation Arzneimittel“ – etwa ein Jahr alt.

Für Fachgruppen, die einer Heilmittel-Richtwertgruppe zugeordnet sind, gibt die Informationsstatistik Heilmittel (Anlage 70) Auskunft über die individuell veranlassten Verordnungskosten der Praxis in den jeweiligen Heilmittelbereichen.

Sie basiert auf Prüfdaten der Krankenkassen und steht den Vertragsärzten im Mitgliederportal der KVBW mit einem Zeitverzug von etwa zwölf Monaten zur Verfügung. Sie ist im persönlichen Dokumentenarchiv (Aktentyp "Verordnungsmanagement") abgelegt.

Einzelfallprüfungen

Bei den Einzelfallprüfungen wird nochmals unterschieden zwischen Einzelfallprüfungen **auf Antrag durch die Krankenkasse** und der Richtlinienprüfung **von Amts wegen**, die für bestimmte Verordnungsverstöße ohne Vorliegen eines Prüfantrags einer Krankenkasse durch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen automatisch durchgeführt wird. Bei Einzelfallprüfungen gelten die oben genannten Schutzmaßnahmen wie Beratung vor Nachforderung bzw. Beratung vor Regress nicht.

➔ Zum Thema „Arzneimittel-Richtlinienprüfung von Amts wegen“ lesen Sie bitte das Verordnungsforum 42 (August 2017): www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Verordnungen im Sprechstundenbedarf ist in der Prüfvereinbarung geregelt (§ 4 Absatz 2) und betrifft insbesondere folgende Sachverhalte: Bei Sprechstundenbedarf werden über die Einhaltung von Anlage 1 der SSB-Vereinbarung auch der Preis und die Menge der über SSB verordneten Präparate überprüft:

- Stimmt die verordnete Menge mit dem Quartalsbedarf der Praxis überein?
- Wurde bei Präparaten, die der Apothekenpflicht nicht unterliegen, der wirtschaftlichste Lieferant gewählt?
- Wurde sofern möglich die größte Packungseinheit gewählt?

Praxisindividuelle Informationen bei eventuellem Verstoß gegen Regelungen zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln erhalten Sie als Verordnungshinweise im Mitgliederportal (siehe „Verordnungsstatistiken“).

Informationsangebot der KV Baden-Württemberg

Internet: Die Homepage der KVBW

Aktuelle Informationen zu Richtlinien, Verordnungsausschlüssen, Ausnahmelisten, Off-Label-Use, Richtwerten, Sprechstundenbedarf und vielen weiteren Inhalten finden sich auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles und www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen.

Verordnungsforum: Das Spezialheft über Arznei- und Heilmittel

Zusätzlich erscheint einmal im Quartal die Broschüre „Verordnungsforum" zu wechselnden Schwerpunktthemen und liefert aktuelle und kritische Informationen rund um die rationale Pharmakotherapie, zur Verordnung von Hilfs- und Heilmitteln, Krankentransporten, Sprechstundenbedarf und anderen Verordnungsthemen. Die Hefte werden mit der Post zugestellt und sind auch auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum zu finden.

Verordnungsdaten: Praxisorientierter Service für unsere Mitglieder

Die KVBW stellt den Praxen regelmäßig verschiedene Verordnungsübersichten zur Verfügung. Ziel ist die Vermeidung von Prüfverfahren und im schlimmsten Fall von Nachforderungen (Regressen). Informationen und Erläuterungen zu den Auswertungen und Präparateübersichten finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungsdaten Ihrer Praxis

Frühinformation Arzneimittel

Die Frühinformation Arzneimittel informiert Sie über Verordnungen im Bereich Medikamente, Teststreifen, Trinknahrung und Verbandstoffe. Im **Abschnitt 1** finden Sie Informationen zu Verordnungshinweisen, die zur Prävention von Einzelfallprüfungen hilfreich sind. **Abschnitt 2** zeigt Ihnen frühzeitig an, ob Sie Ihr Richtwertvolumen überschreiten und ob die Gefahr einer Richtwertprüfung besteht.

Die Frühinformation Arzneimittel finden Sie als Anlage 71 im Honorarversand und im Mitgliederportal (im Dokumentenarchiv, Aktentyp „Verordnungsmanagement"), Login unter www.kvbawue.de » Mitgliederportal.

Im Abschnitt 1 der Frühinformation Arzneimittel erscheinen Hinweise auf Verordnungen, die potenziell das Risiko von Prüfungen im Einzelfall bergen. Dazu gehören Informationen zu Arzneimitteln, die nach Anlage II oder III AM-RL nicht oder nur eingeschränkt zulasten der GKV verordnungsfähig sind. Ebenso werden in einem separaten Verordnungshinweis Präparate/Produkte aufgelistet, die fälschlicherweise als Sprechstundenbedarf bezogen wurden. Außerdem existieren Verordnungshinweise zum korrekten Bezugsweg von Impfstoffen und zu den Arzneimittel-Zielvereinbarungen.

Die detaillierten Verordnungshinweise sind ebenfalls quartalsweise nur im Mitgliederportal einsehbar. Detaillierte Informationen zum Inhalt und Aufbau der Frühinformation Arzneimittel finden Sie hier: www.kvbawue.de/fruehinfo.

Informationsstatistik Heilmittel

Diese Daten erhält die KVBW in verarbeiteter Form von den Krankenkassenverbänden. Sie liegen später als die Arzneimittel-Verordnungsdaten vor und können im Mitgliederportal eingesehen werden. Aufgrund dieses Zeitverzuges erfolgt kein Versand mehr in den Honorarunterlagen. Die Daten werden quartalsweise erfasst (siehe "Verordnungsstatistiken", Seite 37).

Fortbildungsveranstaltungen: Kursprogramm der Management Akademie der KVBW

Im Rahmen verschiedener Seminare informieren wir rund um das Thema Verordnungen. Den aktuellen Seminarkalender und ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Präsenz- und Online-Seminaren finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Fortbildung – MAK » Seminarkalender

Pharmakotherapie-Beratungsdienste

Klinische Pharmakologie Heidelberg
Mail: aid.konsil-kv@med.uni-heidelberg.de

Allgemeine Fragen zur Pharmakotherapie (Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Indikationsstellung, Wirksamkeit/Evidenz, Dosierung bei bestimmten Patientenpopulationen)

Klinische Pharmakologie Tübingen
Mail: arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de

Allgemeine Fragen zur Pharmakotherapie (Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Indikationsstellung, Wirksamkeit/Evidenz, Dosierung bei bestimmten Patientenpopulationen)

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, Charité Berlin
Telefon: 030 450525-700
Fax: 030 450525-902
Mail: katarina.dathe@charite.de

Fragen zur Arzneimittelanwendung in Schwangerschaft und Stillzeit (insbesondere bei Medikation vorbestehender bekannter chronischer Erkrankungen während Schwangerschaft und Stillzeit)

Institut für Reproduktionstoxikologie
Universitäts-Frauenklinik Ulm
Telefon: 0731 500-58655
Fax: 0731 500-58656
Mail: paulus@reprotox.de

Fragen zur Arzneimittelanwendung in Schwangerschaft und Stillzeit (insbesondere bei einer in Unkenntnis einer vorliegenden Schwangerschaft erfolgten Arzneimittelanwendung)

Bitte beachten Sie:
Anfragen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln zulasten der GKV sowie zu den Kosten einer Arzneimitteltherapie werden weiterhin von der Verordnungsberatung der KVBW beantwortet.

Glossar der Abkürzungen

aG	außergewöhnliche Gehbehinderung
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK	Betriebskrankenkasse
Bl	blind
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSG	Bundessozialgericht
BSNR	Betriebsstättennummer
BtM	Betäubungsmittel
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BW	Baden-Württemberg
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung
Dj	Dosierungsanweisung vorhanden: ja
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
evm	Energieversorgung Mittelrhein
FAQ	frequently asked questions
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
H	hilflos
HEK	Hanseatische Krankenkasse
hkk	Handelskrankenkasse
HKP	häusliche Krankenpflege
ICD-10	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
ICD-10-GM	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, German Modification
IK	Institutionskennzeichen
IKK	Innungskrankenkasse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KG	Krankengymnastik
KIM	Kommunikationsdienst im Medizinwesen
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KT-RL	Krankentransport-Richtlinie
KTW	Krankentransportwagen
LANR	lebenslange Arztnummer
LFH	langfristiger Heilmittelbedarf
MAK	Management Akademie der KVBW
MD	Medizinischer Dienst
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
MT	Manuelle Therapie
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
OBM	orientierende Behandlungsmenge
OP	Originalpackung
OTC	over the counter
PC	personal computer
PG	Produktgruppe
PKW	Personenkraftwagen
PVS	Praxisverwaltungssystem
PZN	Pharmazentralnummer
RidoHiMi	Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SBH	Schwarzwald-Baar-Heuberg
SGB	Sozialgesetzbuch
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SpBV	Sprechstundenbedarfsvereinbarung
SSB	Sprechstundenbedarf
STIKO	Ständige Impfkommission
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TI	Telematikinfrastruktur
TK	Techniker Krankenkasse
VO	Verordnung

Ihre Beratungsteams in der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen	
Arzneimittel	0711 7875-3663 verordnungsberatung@kvbawue.de
Impfungen	0711 7875-3690 verordnungsberatung@kvbawue.de
Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges	0711 7875-3669 verordnungsberatung@kvbawue.de
Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf	0711 7875-3660 sprechstundenbedarf@kvbawue.de
Fragen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung	0711 7875-3630 pruefverfahren@kvbawue.de

Impressum

Verordnungsleitfaden für neu Niedergelassene
Dezember 2024

Herausgeber **KVBW**
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

Redaktion Dr. med. Karsten Braun (verantwortlich)
Marion Böhm
Dr. med. Richard Fux
Gabriele Kiunke
Dr. rer. biol. hum. Friederike Laidig
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt
Martina Rahner
Karen Schmidt
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Erscheinungstermin September 2019, 4. Aktualisierung Dezember 2024

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Bildnachweise 1, 3: iStock Nr. 842852832
13: Fotolia Nr. 16827372
16: iStock Nr. 1237988430
19: iStock Nr. 1330020505

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274