

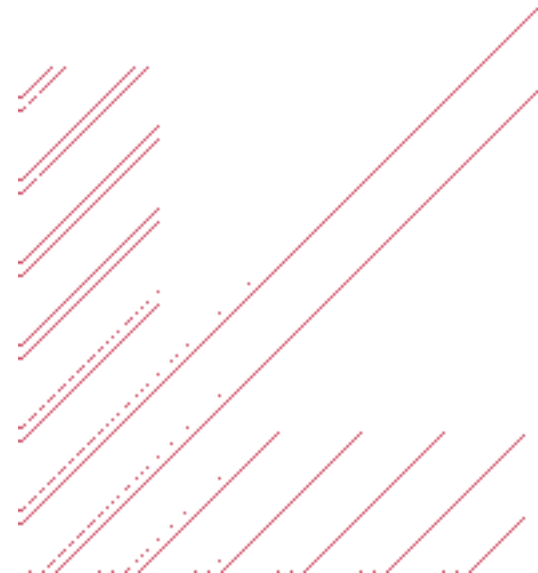
landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 6 | 10. September 2020



Ordnung im Coronatest-Chaos ↳ 04
Kostenerstattung für Schutzmittel ↳ 10
Telemedizin im Rettungsdienst ↳ 14
Neue Heilmittel-Richtlinie ↳ 26
Praxis-Homepage bei Google ↳ 34
Software für NFDN ↳ 41
Zugang zu KVHB-Vertragsportal ↳ 43
Neues bei Verordnungssoftware ↳ 44
Honorarbericht 1/2020 ↳ 51



Die neue Heilmittel-Richtlinie verspricht weniger Bürokratie

Die neue Heilmittel-Richtlinie soll die Verordnung von Heilmitteln vereinfachen, angefangen mit den Formularen. So ist das Muster 13 in der neuen Fassung ein Kombi-Vordruck für alle Heilmittelbereiche. Ursprünglich für den 1. Oktober angekündigt, tritt die neue Richtlinie nun doch erst zum 1. Quartal 2021 in Kraft.

↳ Die neue Heilmittel-Richtlinie vom 1. Januar 2021 soll die Verordnung von Heilmitteln (z.B. „KG“) vereinfachen. Die Vereinfachung beginnt mit einer Reduzierung der Formulare. Das neue Muster 13 ist ein Kombi-Vordruck für alle Heilmittelbereiche und in der neuen Fassung ab 1. Januar 2021 zu verwenden. Die Verordnungssoftware wird zum Stichtag entsprechend angepasst. Die komplizierte Regelfallsystematik wird abgelöst. Was bleibt, ist die bekannte Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Heilmittel-Richtgrößen bzw. Budget. Vor dem 1. Januar 2021 ausgestellte Verordnungen behalten ihre Gültigkeit.

Die komplizierte Regelfallsystematik wird nach vielen Jahren nun abgelöst. Es wird künftig nicht mehr unterschieden in Erstverordnung, Folgeverordnung und Verordnung außerhalb des Regelfalls. Stattdessen gibt es einen Verordnungsfall und daran geknüpft eine sogenannte orientierende Behandlungsmenge. Die Formulierung „orientierende Behandlungsmenge“ soll deutlich machen, dass sich der Arzt bei der Heilmittelverordnung an dieser Menge orientiert, aber je nach medizinischem Bedarf des Patienten davon abweichen kann. Die Anfälligkeit, eine ungenaue oder fehlerhafte Verordnung auszustellen, sinkt. Es besteht nicht mehr die Gefahr, dass eine Folgeverordnung ausgestellt wird, obwohl der Regelfall bereits überschritten ist. Die Vereinfachung trägt dazu bei, Rückfragen zwischen Arzt- und Heilmittel-Praxis zu vermeiden.

Genehmigungsverfahren entfällt

Mit dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalls entfällt auch das entsprechende Genehmigungsverfahren, das einige Krankenkassen verlangten. Somit sind auch für Verordnungsfälle, bei denen die orientierende Behandlungsmenge überschritten wird, keine Begründungen mehr auf der Verordnung erforderlich. Der Arzt dokumentiert lediglich in der Patientenakte die Gründe für den höheren Heilmittelbedarf. Ärzte müssen damit keine

Begründung mehr auf der Verordnung angeben. Auch Patienten und Therapeuten werden entlastet, da sie kein Genehmigungsverfahren mehr zu berücksichtigen haben.

Derzeit ist ein „behandlungsfreies Intervall“ von zwölf Wochen definiert, erst danach handelt es sich um einen neuen Regelfall, und es ist möglich, eine neue Erstverordnung auszustellen. Allerdings bringt das mehrere Schwierigkeiten mit sich: Weil Ärzte nicht wissen können, wann genau der letzte Behandlungstermin bei einem Heilmittelbringer stattgefunden hat, können sie das behandlungsfreie Intervall nicht rechtssicher bemessen. Zudem suggeriert die Formulierung „behandlungsfreies Intervall“, dass eine Pause von zwölf Wochen erforderlich ist, bevor eine erneute Heilmittelverordnung erfolgen darf. Dabei ist das Intervall nur dafür maßgeblich, ob ein neuer Regelfall ausgelöst wird oder der alte gilt. Künftig ist das Datum der letzten Heilmittelverordnung entscheidend:

→ Liegt es noch keine sechs Monate zurück, wird der bisherige Verordnungsfall fortgeführt. Die „orientierende Behandlungsmenge“ gilt ebenfalls fort, wobei auch darüber hinaus verordnet werden kann, wenn es medizinisch erforderlich ist.

→ Liegt das Datum sechs Monate oder länger zurück, wird ein neuer Verordnungsfall ausgelöst. Das letzte Verordnungsdatum ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) des Arztes gespeichert. Damit können die Zeiträume jederzeit eingesehen oder vom PVS automatisch bemessen werden.

Schluckmitteltherapie als eigenes Heilmittel

Schlucktherapie kann zukünftig als eigenes Heilmittel verordnet werden. Bisher ist sie in die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie integriert. Dieser Heilmittelbereich heißt künftig: Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Eine Behandlung mittels Schlucktherapie kann eindeutig auf der Verordnung kenntlich gemacht werden.

Die Diagnosegruppen im Heilmittel-Katalog werden

vor allem im Bereich Physiotherapie zusammengefasst (von 22 auf 13) und insgesamt übersichtlicher: Innerhalb der Diagnosegruppen wird nicht mehr zwischen kurz-, mittel- und längerfristigem Behandlungsbedarf unterschieden. Die sogenannte Aufrechnung der Verordnungsmengen von Vor-Verordnungen für verwandte Diagnosegruppen entfällt. Auch ein Wechsel zwischen verwandten Diagnosegruppen ist nicht mehr nötig (z. B. von WS1 zu WS2). Darüber hinaus muss künftig nur noch zwischen „vorrangigen“ und „ergänzenden“ Heilmitteln unterschieden werden, da die optionalen in die vorrangigen Heilmittel integriert werden.

Mehrere Leitsymptomatiken können angegeben werden

Die Angaben zur Leitsymptomatik werden wesentlich flexibler. So können künftig mehrere unterschiedliche Leitsymptomatiken auf einer Verordnung angegeben werden. Außerdem kann der Arzt künftig alternativ eine patientenindividuelle Leitsymptomatik formulieren. Dabei müssen die individuellen Angaben die Leitsymptomatik des Heilmittel-Katalogs „widerspiegeln“. In solchen Fällen brauchen Ärzte nicht zusätzlich die Leitsymptomatik nach dem Heilmittel-Katalog auf der Verordnung anzugeben.

In den Heilmittelbereichen der Physiotherapie bzw. der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können künftig mehrere vorrangige Heilmittel gleichzeitig verordnet werden – konkret sind bis zu drei möglich. Im Bereich der Ergotherapie ist dies bereits heute schon möglich. Während der Laufzeit einer Verordnung können dann beispielsweise passive und aktive Maßnahmen der Physiotherapie kombiniert werden.

Klare Definition Verhandlungsfall

In der Heilmittel-Richtlinie wird klargestellt, ab wann ein Arzt von einem neuen Verordnungsfall ausgehen kann: Ein Verordnungsfall bezieht sich immer auf den verordnen-

den Arzt. Somit erfolgt auch die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge immer arztbezogen. Ärzte müssen damit keine Verordnungsmengen von anderen Ärzten berücksichtigen, entsprechende Recherchen und Rücksprachen bleiben Ärzten künftig erspart.

Die Frequenzempfehlungen des Heilmittel-Katalogs werden einheitlich als Frequenzspannen hinterlegt, zum Beispiel „1-3 x wöchentlich“. Das verringert Bürokratie, denn bisher muss der Therapeut Abweichungen von der Frequenzangabe mit dem Arzt abstimmen. Durch die Vorgabe einer Frequenzspanne können die Behandlungstermine je nach Bedarf flexibler zwischen Heilmittel-Therapeut und Patient vereinbart werden.

Der späteste Behandlungsbeginn wird von bisher 14 auf künftig 28 Tage erweitert. Damit hat der Patient mehr Zeit, die Therapie zu beginnen. Gleichzeitig wird damit den längeren Wartezeiten bei den Heilmittelerbringern Rechnung getragen. Zudem soll ein Feld für einen dringlichen Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen) auf der Verordnung geschaffen werden. Ärzte kreuzen es an, wenn die Erkrankung einen früheren Behandlungsbeginn erfordert.

Neuers Heilmittelformular

Ab 1. Januar 2021 darf nur noch das neue Muster 13 verwendet werden. Zur Vermeidung von „Umschreibungen“ wurde ausdrücklich klargestellt, dass vor dem Stichtag 1. Januar ausgestellte Verordnungen ihre Gültigkeit behalten. Generell beginnt mit jeder neuen Verordnung ab Januar wieder ein neuer Verordnungsfall, der Patient ist damit quasi auf „null“ gestellt.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt weiterhin nach den altersgestaffelten Richtgrößen der jeweiligen Fachgruppe. Die Regelungen zu Langfristfällen und zum besonderen Verordnungsbedarf werden weiter fortgeführt. ←

Ab 1. Januar 2021: So füllen Sie das neue **Heilmittel-Formular** aus

Die neue Heilmittel-Richtlinie setzt auf eine Reduzierung der Formulare: Das neue Muster 13 ist ein Kombi-Vordruck für alle Heilmittelbereiche und in der neuen Fassung ab 1. Januar 2021 zu verwenden. Lesen Sie hier, wie es ausgefüllt wird.

Zustellungsstelle	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zustellungsstellepflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unterräger			
BVG	Kostenträgerkennung	Versichertes-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

- 1** Physiotherapie
- 1** Podologische Therapie
- 1** Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- 1** Ergotherapie
- 1** Ernährungstherapie

2 **Behandlungsrelevante Diagnose(n)**
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe 3	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog 4 a 4 b 4 c	patientenindividuelle Leitsymptomatik 4
Leitsymptomatik patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben!		

5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel	6 Behandlungseinheiten
Ergänzendes Heilmittel	

8 **Therapiebericht** **Hausbesuch** **9** ja **9** nein **Therapiefrequenz** **7**

10 **Dringlicher Behandlungsbedarf**
innerhalb von 14 Tagen

11 **ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**

12 IK des Leistungserbringers	
---	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10/2020)

MICHAEL SCHNAARS
0421.34 04-154 | m.schnaars@kvhb.de

Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist.

1 Auswahl des Heilmittelbereichs

Auf der Verordnung ist der Heilmittelbereich anzugeben. Zur Auswahl stehen Maßnahmen der Physiotherapie, Podologischen Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie. Mehr als ein Kreuz darf nicht gesetzt werden.

2 Behandlungsrelevante Diagnose(n)

Anzugeben ist/sind die behandlungsrelevante/n Diagnose/n. Die therapierrelevante Diagnose ist als ICD-10-GM-Code anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Der standardmäßig in den elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 10 SGB V hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.

Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist grundsätzlich die Angabe des/der ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. der nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB vereinbarten Diagnoselisten notwendig. Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist.

3 Diagnosegruppe

Anzugeben ist eine Diagnosegruppe nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Bei den im Heilmittelkatalog in der jeweiligen Diagnosegruppe unter „z. B.“ aufgeführten Erkrankungen handelt es sich um eine nicht abschließende Liste an Beispieldiagnosen, die zur Orientierung für die Auswahl der jeweiligen Diagnosegruppe dient.

4 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog

Anzugeben ist/sind eine oder mehrere verordnungsbegründende Leitsymptomatik/en nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Diese ist/sind entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik (a, b, c) und/oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden.

5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Felder „Heilmittel“

Anzugeben sind verordnungsfähige Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Die konkreten Behandlungsziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden in den Abschnitten D bis H der Heilmittel-Richtlinie erläutert. Sofern die Heilmittel-Richtlinie nichts Abweichendes bestimmt, sind Heilmittel als Gruppentherapie zu verordnen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Die podologische Behandlung erfolgt ausschließlich als Einzeltherapie.

Besonderheit: Verordnung von mehreren vorrangigen Heilmitteln

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.

Besonderheit: Verordnung von Doppelbehandlungen

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Hinter dem zu verordnenden Heilmittel ist dann z. B. der Text „als Doppelbehandlung“ einzufügen. Die Möglichkeit zur Verordnung einer Doppelbehandlung besteht nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen, Maßnahmen der Podologie sowie der Ernährungstherapie. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Sind im Feld „Verordnungsmenge“ bspw. 6 Einheiten angegeben, können 3 Doppelbehandlungen durchgeführt werden.

Besonderheit: Verordnung einer standardisierten Heilmittelkombination (Maßnahme der Physiotherapie)

Für die Verordnung einer standardisierten Heilmittelkombination nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ist in der ersten Zeile „Heilmittel“ der Text „Standardisierte Heilmittelkombination“ einzufügen. Zur Spezifikation der zur Anwendung kommenden Heilmittel können neben dem Text „Standardisierte Heilmittelkombination“ mindestens drei zur Auswahl stehende vorrangige und/oder ergänzende Heilmittel der jeweiligen Diagnosegruppe eingefügt und frei kombiniert werden (bspw. „Standardisierte Heilmittelkombination MT;KG;KMT;Wärmetherapie“).

Besonderheit: Verordnung von manueller Lymphdrainage

Sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind, ist eine erforderliche Kompressionsbandagierung (lymphologischer Kompressionsverband) in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 + Kompressionsbandagierung“). Gegebenenfalls erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen.

Feld „Ergänzendes Heilmittel“

Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden.

Besonderheit: Isolierte Verordnung eines ergänzenden Heilmittels

Im Heilmittelbereich Physiotherapie können

Elektrotherapie oder Elektrostimulation oder Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden (ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels), soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen als ergänzende Heilmittel vorsieht. Mehr als ein ergänzendes Heilmittel je Verordnung kann nicht isoliert verordnet werden.

6

Behandlungseinheiten

Anzugeben ist die Anzahl der Behandlungseinheiten. Die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten darf den Wert der Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie nicht überschreiten.

Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstmenge je Verordnung des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.

Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.

Besonderheit: Verordnung von mehreren vorrangigen Heilmitteln

Bei Maßnahmen der Physiotherapie und Ergotherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden (→ Punkt 5). Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren. Bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen aufgeteilt werden.

Besonderheit: Bemessung der Behandlungseinheiten je Verordnung auf 12 Wochen

Für Verordnungen, die die Bedingungen eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 der Heilmittel-Richtlinie erfüllen, können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Dies gilt ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe,

die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen. Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.

Die Höchstmenge je Verordnung ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ist nicht zu berücksichtigen. Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung ihre Gültigkeit.

7

Therapiefrequenz

Anzugeben ist die Therapiefrequenz. Eine Angabe ist auch als Frequenzspanne möglich. Die Therapiefrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten zu bestimmen. Der Heilmittelkatalog enthält je Diagnosegruppe Empfehlungen zur Therapiefrequenz. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt zur Orientierung, er oder sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung abweichen. Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die Angabe gebunden. Nur nach Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt kann die Therapeutin oder der Therapeut die Therapiefrequenz selbständig und ohne erneute Arztunterschrift ändern.

8

Therapiebericht

Das Feld Therapiebericht kann angekreuzt werden, wenn ein Therapiebericht angefordert werden soll.

9

Hausbesuch ja/nein

Das Feld „Hausbesuch – ja/nein“ ist anzukreuzen. Das Feld „ja“ ist anzukreuzen, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In allen anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - nein“ anzukreuzen. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.

11

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Das Feld „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.

12

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert werden soll. Zudem besteht die Möglichkeit, weitere therapierelevante Befundergebnisse anzugeben. Es besteht die Möglichkeit ein Beiblatt zu nutzen, beispielsweise für die Übermittlung eines Tonaudiogramms.

12

IK des Leistungserbringers

Dieses Feld ist ausschließlich für Heilmittelleistungserbringer vorgesehen und ist nicht durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu befüllen. ←