

„Wir managen Richtlinien,
aber nicht die Versorgung.“

Zwischenbericht des Formularlabors Westfalen-Lippe

2011 – 2016



Inhalt

Vorwort	4
1 Das Formularlabor	6
1.1 Wer ist das Formularlabor?	7
1.2 Ziel des Formularlabors	7
1.3 Grundverständnis des Formularlabors	7
2 Was wurde wie bearbeitet?	8
3 Erfahrungen aus der Detailarbeit und daraus resultierende Forderungen	13
3.1 Keine Themengliederung in der Vordruckvereinbarung	13
3.2 Mustervordrucke gesamt: Kein übergeordnetes Gestaltungskonzept erkennbar	14
3.3 Verwirrendes Layout auf den einzelnen Formularen	15
3.4 Sprache ist oft unverständlich	15
3.5 Abfragen sind nicht immer zu erschließen	16
3.6 Fragen gegen das ärztliche Empfinden und Zuständigkeit	17
3.7 Theorie und Praxis entfernen sich voneinander ... und niemand bemerkt es?	18
3.7.1 Beispiel Gesundheitsuntersuchung - Muster 30	18
3.7.2 Beispiel fehlende Hilfsmittel-Richtlinien führen zu unnötigen formfreien Anfragen	19
3.8 Der „Geist des Formularwesens“ entstammt einer Zeit, in der es noch keine elektronische Datenverarbeitung gab	21
3.9 Keine Anbindung der Praxis an Richtlinien-Erstellung	23
3.10 Intransparente Vergütungsregelungen	24
3.11 Es braucht übergeordnete Formularprinzipien	25
3.11.1 Müssen Ärzte alle Richtlinien kennen bzw. im Detail beherrschen, um Formulare korrekt auszufüllen?	25
3.11.2 Weniger ist mehr!	25
3.11.3 Große Problemfragen	26
3.11.4 Der Umgang mit zunehmender Komplexität	27
3.12 Strukturen in der Selbstverwaltung	28
4 (Heraus) – Forderungen im Überblick	29
5 Fazit	31
6 ANHANG	32
Anhang 1: Kategorisierung der Vordruckmappe	32
Anhang 2: Formfreie Anfragen	34
Anhang 3: Muster 4 – Das Transportwesen	35
Anhang 4: Hilfsmittelverzeichnis	38

Vorwort

Fünf Jahre sind bereits vergangen, seit die KVWL und die BARMER GEK den Entschluss fassten, sich gemeinsam der Entbürokratisierung anzunehmen. In beiden Häusern gab es hierzu in den Vorjahren Aktivitäten die erkennen ließen, dass niemand für sich alleine entbürokratisieren kann, da die Versorgungsprozesse zwischen den Beteiligten eng zusammenhängen.

Die Dimensionen des Formularwesens sind gewaltig und keineswegs nur „Papierkram“. Beispielhaft sind an dieser Stelle drei Zahlen über ausgestellte Verordnungen der BARMER GEK genannt. So wurden in 2015 allein für Versicherte der BARMER GEK etwa 1,5 Mio. Verordnungen für Krankentransporte ausgestellt (ohne Rettungsdienst und Dialysefahrten), für die Durchführung Häuslicher Krankenpflege rd. 550.000 Verordnungen und im Bereich der Heilmittelverordnungen waren es rd. 5.700.000. Allein aus den Regelungen der Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich resultieren 2,20 Mrd. € an Bürokratiekosten.¹ Praxen in ganz Deutschland wenden nahezu 100 Arbeitstage pro Jahr nur mit der Erfüllung von Bürokratie auf.² Das Formularwesen ist eine tragende Säule in der Gesundheitsversorgung, das eine weitaus stärkere Aufmerksamkeit als bisher verdient.

Unter dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ wurden 2011 in Westfalen-Lippe drei interdisziplinäre Arbeitsgruppen gegründet, das „Formularlabor Westfalen-Lippe“. In den Gruppen werden die im Praxisalltag verwendeten Formulare detailliert besprochen. Jedes Ankreuzfeld und jede Freitextzeile werden diskutiert, jede Abfrage wird auf ihren Sinn überprüft. Durch diese Vorgehensweise wurden im Laufe der fünf Jahre viele Erkenntnisse mit Blick auf Details, aber auch auf eine übergreifende Gesamtsystematik gesammelt.

Das Formularlabor Westfalen-Lippe berücksichtigt die Zuständigkeit der Bundesebene bei allgemeingültigen Regeln (Bundesmantelvertrag). Mit dem Zwischenbericht adressieren wir unsere aus der täglichen Praxis gewonnenen Erfahrungen an die Partner der Selbstverwaltung und andere interessierte Leser. Der Bericht des Nationalen Normenkontrollrates offenbarte 2015 eine auswuchernde Bürokratie im Vertragsarztwesen. Wir glauben, dass das nicht so bleiben muss und Bürokratie eine freudig zu gestaltende Aufgabe ist.

Entbürokratisierung ist wichtig! Die momentanen Bearbeitungsabläufe im Formularwesen sind weder systematisch noch zeitgemäß und bedürfen einer dringenden Überarbeitung. Dies setzt kooperative Denk- und Arbeitsstrukturen bei allen zuständigen Gremien voraus. Wir hoffen, dass unsere Erfahrungen eine systematische Weiterentwicklung in der Selbstverwaltung finden.



Thomas Kriedel

Dr. Thomas Kriedel
Vorstandsmitglied
KVWL



Christoph Straub

Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER GEK

¹ NKR-Bericht: Mehr Zeit für Behandlung (2015): S. 42

² NKR-Bericht: Mehr Zeit für Behandlung (2015): S. 43

O-Töne aus dem Formularlabor

Fotos, auf denen die abgebildeten Füße noch Strümpfe tragen, helfen dem MDK bei der Beurteilung nicht wirklich weiter.

Ich dachte immer, Freitext wäre besser. Dann habe ich mich hingesetzt und selbst mal entworfen und - siehe da - da hatte das 61er nicht nur vier sondern acht Seitenoh je....das ging ja gar nicht.

Wie soll ich denn kontrollieren, ob der Patient zuhause immer diese Lymphmanschetten – wie heißt das bei Ihnen ... äh ... Wechseldruckgerät – regelmäßig anlegt...?

Wofür brauchen psychologische Psychotherapeuten denn Schilddrüsenwerte?

Hat das überhaupt jemals ein Mensch ausgefüllt?

Wir bekommen dann immer wieder "s. Vorbefund" zu lesen und dann suchen wir den und stellen fest, dass es den nie gegeben hat.... "s. Vorbefund" ist sehr beliebt.

Manchmal denken wir, dass die HNO-Ärzte vielleicht einen Hörtest bei den Kindern machen sollten, bevor sie Logopädie verschreiben.

Soweit ich weiß, halten sich Krankheiten nicht an Quartalsrhythmen.

Wenn das Überweisungsverfahren noch nicht erfunden wäre, müsste man es erfinden.

Überweisungen können abgeschafft werden, die füllt doch eh keiner richtig aus. Was soll ich denn als Facharzt mit dem Auftrag „zur Mitbehandlung“ oder „fachfremde Erkrankung?“ anfangen?

1 Das Formularlabor

Schirmherrschaft



Dr. Thomas Kriedel
Vorstandsmitglied
KVWL



Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER GEK

Leitung des Formularlabors



Antje Althaus
KVWL



Sonja Laag
BARMER GEK



Oliver Volckmer
KVWL



Michaela Sobczak
KVWL

DORTMUND



Dr. Rita Wietfeld



Dr. Prosper
Rodewyk



Wolfgang Eickmeier
BARMER GEK



Dr. Martin
Bauersachs



MÜNSTER



Dr. Armin
Schuster



Dr. Matthias
Döring



Klaus Suerland
BARMER GEK



Dr. Christoph
Mittmann



Dr. Angela Moewes



Dr. Jörg Schnepfer
MDK

Dr. Nina Rebel
MDK
(im Ruhestand)



Dr. Christoph
Grenzheuser MDK

BORKEN



Dirk Wilmers



Dr. Armin
Osman



Felicitas
Pospiech



Dr. Doris Meurer
MDK



Jürgen Siemen
BARMER GEK

1.1 Wer ist das Formularlabor?

Das Formularlabor Westfalen-Lippe (FLWL) begann im März 2011 mit einer Konzeptionsphase und der Ansprache der Teilnehmer. Es besteht aus drei Arbeitsgruppen (AG) mit festen Teilnehmern (s. vorherige Fotoseite), die sich seit September 2011 regelmäßig alle sechs bis acht Wochen treffen.

- AG Borken, Regionalgeschäftsstelle der BARMER GEK in Borken, 19:30 – 21:30 Uhr
- AG Münster, KVWL in Münster, 18:30 – 20:30 Uhr
- AG Dortmund, KVWL in Dortmund, 18:30 – 20:30 Uhr

Die festen Mitglieder der AG sind niedergelassene Haus- und Fachärzte, Ärzte des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe (MDK), Mitarbeiter der KVWL (Referenten für Entbürokratisierung) sowie der BARMER GEK (Abteilungsleiter Leistungen der Regionalgeschäftsstellen / Leiterin Versorgungsprogramme Hauptverwaltung). Das große Engagement der Teilnehmer im FLWL, sich abends nach der Arbeit mit Bürokratie zu beschäftigen, beruht auf einem ehrenamtlichen Grundverständnis und ist dem großen Anliegen geschuldet, nachhaltig Verbesserungen für die Alltagspraxis bewirken zu können und hierfür einen Weg aufzuzeigen.

Neben den festen AG-Mitgliedern werden - je nach zu bearbeitendem Formular - weitere Experten eingeladen, wie z.B. Fachärzte anderer Fachrichtungen, Therapeuten oder fachlich spezialisierte Mitarbeiter der KVWL bzw. BARMER GEK.

Etwa alle zwei Monate gibt es eine Sachstandsrunde in der KVWL mit regionalen Vertretern anderer Krankenkassen (AOK, BKK Novitas, BKK NW, DAK, IKK Classic, KBS, TK und dem vdek), um über die aktuellen Formularbearbeitungen zu informieren und Meinungen aller Krankenkassen einzuholen.

Einen Austausch zu den Arbeiten des FLWL gibt es insbesondere mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Bayern, Niedersachsen und Thüringen sowie mit dem Nationalen Normenkontrollrat.

1.2 Ziel des Formularlabors

Das Ziel des FLWL ist, nachhaltig überflüssige Bürokratie in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden, indem in erster Linie die Belange der Alltagspraxis aktiv und stärker als bisher in die Formular- und Prozessentwicklung einbezogen werden. Hierfür zeigt das FLWL Lösungsansätze auf.

1.3 Grundverständnis des Formularlabors

- Das Formularlabor arbeitet unabhängig von Standes- und Interessensvertretungen, sondern fühlt sich einzig der sachlichen Diskussion verpflichtet.
- Entbürokratisierung kann nur aus der Kooperation aller Beteiligten gelingen, da diese gemeinsam über eine Prozesskette verbunden sind. Ohne das Wissen der Praxisrealität der/des jeweils anderen, können keine durchgängigen und reibungslosen Abläufe gestaltet werden. Die unterschiedlichen Sichtweisen müssen in eine Perspektive gebracht werden.
- Die Verabschiedung eines Formulars erfolgt in der Formularkommission auf Bundesebene. Das Formularlabor **fordert** eine strukturierte und transparente Einbeziehung der Praxisebene in die Formulargestaltung auf Bundesebene.

2 Was wurde wie bearbeitet?

In den ersten Arbeitsgruppentreffen verständigten sich die Vertragsärzte, der MDK und die Mitarbeiter der Krankenkasse darüber, was die jeweiligen Beteiligten als „unnötig bürokratisch“ empfinden. Waren hier die Dokumentationspflichten der Ärzte gemeint, intransparente Abrechnungsregeln, Maßnahmen der Qualitätssicherung oder mühsam auszufüllende Formulare bzw. Mustervordrucke? Als Schnittstelle für alle kristallisierten sich die in der Versorgung gebrauchten Formulare heraus, die Mustervordrucke wie auch die oft kritisierten formfreien „Kassenanfragen“³. Somit erfolgte zunächst eine systematische Durchsicht der Vordruckvereinbarung⁴ - mit Blick darauf - welche Vordrucke am häufigsten in der Versorgung gebraucht wurden und die größten Probleme im Alltag verursachten.⁵

Die Überarbeitung der Formulare ist zeitaufwändig. Zunächst wurde bei einem neu zu bearbeitenden Vordruck die „optische Erscheinung“ besprochen. Dazu wurde jedes Kästchen, jedes Wort, jede Linie etc. analysiert. Ist die Abfragetechnik (Kästchen, Linie oder als Voraussetzung ankreuzbar etc.) die richtige? Hat die Frage eine Berechtigung? Was soll abgefragt werden und wird die Frage von allen verstanden? Änderungsvorschläge der Sitzung wurden für die nachfolgende Sitzung von der KVWL auf den Vordrucken aufgetragen, um diese auf dem Formular direkt zu visualisieren. In der Regel brauchte es mehrere Sitzungen, um ein Ergebnis abzustimmen. Die Arbeitsergebnisse wurden an die Bundesebene (KBV, vdek) übermittelt. Einige Entwürfe konnten inzwischen als Argumentationsvorlage für Beratungen auf Bundesebene dienen bzw. gaben Impulse für Veränderungen. So z.B. der Wegfall des Auszahlungsscheins (Muster 17) und die Überarbeitung der Muster 4 (Krankentransport), Muster 12 (Häusliche Krankenpflege) sowie Muster 55 (Chroniker-Bescheinigung). Bislang wird das FLWL aber nicht systematisch in den Prozess der Formularentwicklung auf Bundesebene einbezogen.

Mustervordrucke:

Die folgende Auflistung zeigt die Mustervordrucke, die in der „*Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung*“ nach dem Bundesmantelvertrag enthalten und für Leistungserbringer und Ärzte zwingend zu verwenden sind. Formulare, die vom FLWL bearbeitet wurden, sind in der Tabelle farbig markiert.

³ „Kassenanfragen“ werden synonym zu „Arztanfragen“ verwendet

⁴ §34 Abs. 1 BMV-Ä Anlage 2

⁵ Entbürokratisierungsabfrage der KVWL in Westfalen-Lippe (2013)

Tabelle 1: Muster der Vordrucksammlung nach §34 Abs. 1 BMV-Ä Anlage 2

Muster Nr.	Titel Muster	Bearbeitet durch...
01	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Formularlabor Borken
02	Verordnung Krankenhausbehandlung	
03	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	
04	Verordnung einer Krankenförderung	Formularlabor Münster
05	Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	
06	Überweisungsschein	Formularlabor Dortmund
07	Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen.	
08	Sehhilfenverordnung	
8A	Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	
09	Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	
10	Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistungen	Formularlabor Dortmund
10 A	Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	Formularlabor Dortmund
11	Bericht für den Medizinischen Dienst	
12	Verordnung häuslicher Krankenpflege	Formularlabor Münster
13	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie)	Formularlabor Dortmund
14	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	Formularlabor Dortmund
15	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	
16	Arzneiverordnungsblatt	
17	Ärztliche Bescheinigung von Krankengeld	Formularlabor Borken
18	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)	Formularlabor Dortmund
19	Notfall-/Vertretungsschein	Formularlabor Münster
20	Maßnahmen stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	Formularlabor Münster
21	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	
22	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Formularlabor Dortmund
23	unbesetzt	
24	unbesetzt	

25	Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V	
26	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	
27	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	
28	Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie	
29	Unbesetzt	
30	Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung	Formularlabor Münster
31	unbesetzt	
32	unbesetzt	
33	unbesetzt	
34	unbesetzt	
35	unbesetzt	
36	unbesetzt	
37	unbesetzt	
38	unbesetzt	
39	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Frauen zur präventiven zytologischen Untersuchung	Formularlabor Münster
40	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennung Männer	Formularlabor Münster
41	unbesetzt	
42	unbesetzt	
43	unbesetzt	
44	unbesetzt	
45	unbesetzt	
46	unbesetzt	
47	unbesetzt	
48	unbesetzt	
49	unbesetzt	
50	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse	Formularlabor Borken
51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers	Formularlabor Borken
52	Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	Formularlabor Borken
53	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten	Formularlabor Borken
54	unbesetzt	
55	Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chron. Krankheit im Sinne des § 62 SGB V	Formularlabor Münster
56	Antrag Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining	Formularlabor Borken
57	unbesetzt	

58	unbesetzt	
59	unbesetzt	
60	Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten	Formularlabor Borken
61	Verordnung von medizinischer Reha	Formularlabor Borken
62	unbesetzt	
63	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	
64	unbesetzt	
65	unbesetzt	
66	unbesetzt	
67	unbesetzt	
68	unbesetzt	
69	unbesetzt	
70	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V	
70A	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V	
71	unbesetzt	
72	unbesetzt	
73	unbesetzt	
74	unbesetzt	
75	unbesetzt	
76	unbesetzt	
77	unbesetzt	
78	unbesetzt	
79	unbesetzt	
80	Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten	
81	Erklärung der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen	
82	unbesetzt	
83	unbesetzt	
84	unbesetzt	
85	Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gem. § 16 Absatz 3a SGB V	
86	unbesetzt	
87	unbesetzt	
88	unbesetzt	
89	unbesetzt	
90	unbesetzt	
91	unbesetzt	
92	unbesetzt	

93	unbesetzt	
94	unbesetzt	
95	unbesetzt	
96	unbesetzt	
97	unbesetzt	
98	unbesetzt	
99	Beleg über die Zahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V	
99A	Beleg über die Zahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V	

Formfreie Anfragen:

Die formfreien Anfragen stellen ein besonderes Ärgernis für Vertragsärzte und Psychotherapeuten dar. Jede Krankenkasse nutzt unterschiedliche Anfragen zur Abfrage von Informationen. Ein Wiedererkennungswert und eine „Lernbarkeit“ der Formulare sind somit nicht gegeben. Das bedeutet für die Ärzte, sich immer wieder neu in die Abfragen hineinarbeiten zu müssen.

Nach einer Kassenabfrage in Westfalen-Lippe versenden Krankenkassen am häufigsten zu Hilfsmitteln und bei Bezug von Krankengeld formfreie Kassenanfragen. Diese dürfen verwendet werden, wenn zur Klärung von Sachverhalten keine vereinbarten Mustervordrucke zur Verfügung stehen (Vordruck-Vereinbarung, Abschnitt 1: Allgemeines, 1.2.3).

Im Formularlabor wurden bisher folgende formfreie Arztanfragen der BARMER GEK bearbeitet:

- ☐ Rollstuhlversorgung manuelle Bedienung
- ☐ Rollstuhlversorgung elektrisch
- ☐ Einlagen
 - Orthopädische Schuhe
 - Sauerstoffversorgung (-geräte)
- ☐ Dekubitusversorgung
 - Wechseldruckgerät (Lymphdrainage)

3 Erfahrungen aus der Detailarbeit und daraus resultierende Forderungen

Während der Detailarbeit in den Formularlaboren wurden unterschiedliche Problematiken in der vertragsärztlichen Versorgung aufgedeckt. Im Folgenden werden die Erfahrungen aus den Formularlaboren dargestellt sowie daraus resultierende Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten von bürokratischen Prozessen.

3.1 Keine Themengliederung in der Vordruckvereinbarung

Ein Blick auf die gegenwärtige Vordruckvereinbarung zeigt, dass diese:

- Keine durchgängige Systematik in der Nummerierung und Zuordnung von Mustervordrucken aufweist. Woher die Grundanlage der Vordruckvereinbarung mit der gegenwärtigen Nummerierung stammt, ist nicht rekonstruierbar.
- Die Vordruckvereinbarung weist aktuell 103 Positionsnummern aus. Davon sind 56 Positionsnummern „unbesetzt“.
- Die Mustervordrucke sind thematisch nicht kategorisiert. So gibt es ähnliche „Sachverhalte“ mit unterschiedlichen Überschriften wie z.B. Bescheinigungen, Berichte, Atteste und Zeugnisse. Zwecks Transparenz und der „Überschaubarkeit“ des Formularwesens, sollten Formulare einer Kategorie zugeordnet werden können:



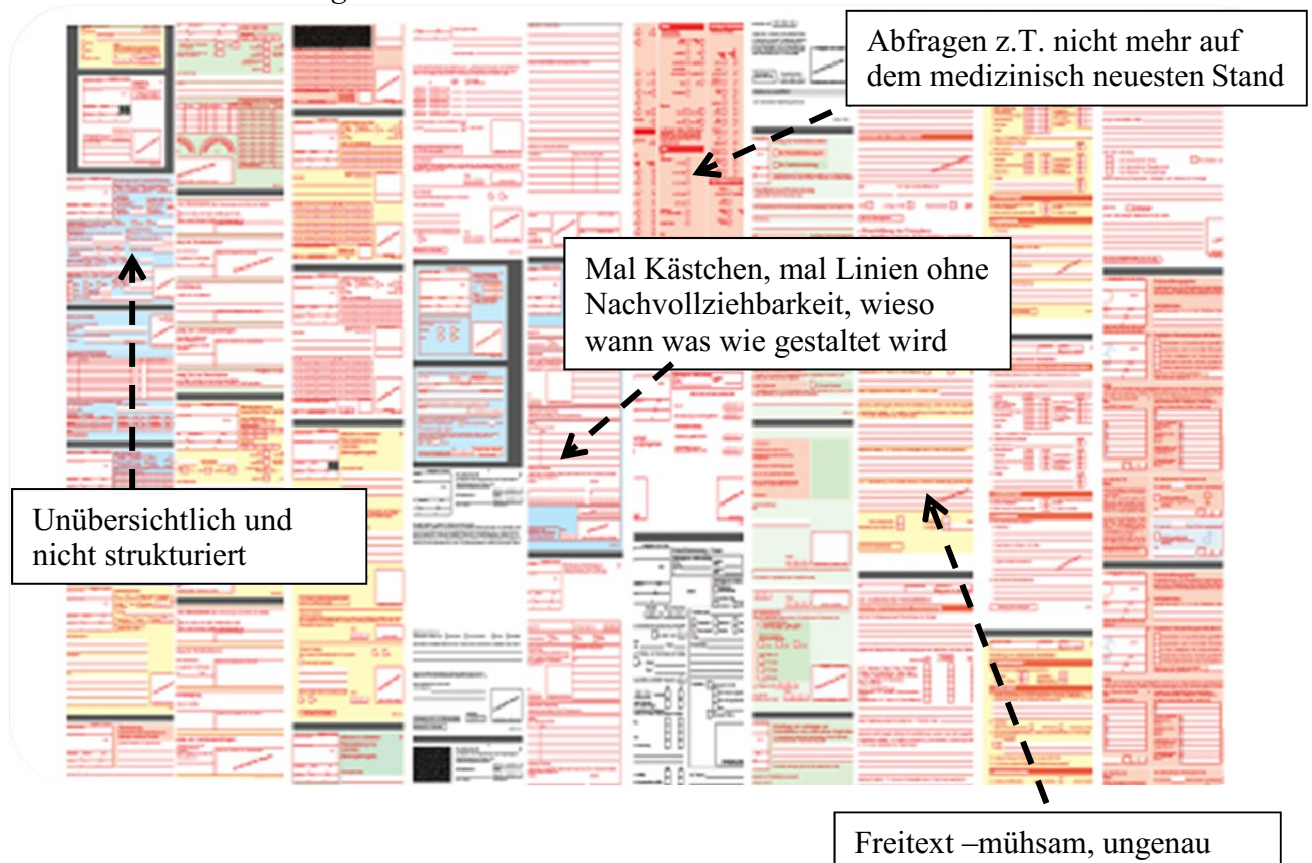
Das FLWL hat eine Einordnung der gegenwärtigen Vordrucke in Kategorien versucht (s. auch Anhang 1). Hierbei stellte sich wiederholt die Frage, ob alle derzeit in der Vordruckvereinbarung abgebildeten Vordrucke in der Praxis wirklich noch so verwendet werden, zu deren Zweck sie einst beschlossen wurden (z.B. Muster 30, 80, 81, 85).

Forderung 1: Thematische Strukturierung der Vordruckvereinbarung! Diese muss bereits im Überblick eine „lernbare“ Systematik aufweisen. Für eine Kategorisierung sollten alle derzeit bestehenden Mustervordrucke dahingehend geprüft werden, ob sie noch für die einst angedachte Aufgabe verwendet werden.

32 Mustervordrucke gesamt: Kein übergeordnetes Gestaltungskonzept erkennbar

Schon im Überblick erscheinen die Mustervordrucke optisch verwirrend und ohne Ordnung. Seit Jahrzehnten entstehen Muster zu einzelnen Fachfragen und entwickeln sich einzeln weiter. Auch unter Beachtung der unterschiedlichen Fachlichkeiten, sollten übergeordnete Gestaltungsprinzipien beachtet werden. Unterschiedliche Farben und Formen helfen zwar, Formulare auseinander zu halten, allerdings müssen sie in ein Gesamtkonzept eingebettet sein, das für alle Beteiligten - Ärzte, Patienten, Kassenmitarbeiter, Therapeuten etc. - erkennbar und erlernbar ist. Die Wahrnehmung der „ausufernde Bürokratie“ ist, dass es keinen fassbaren Überblick über das Gesamtsystem der Formulare gibt.

Vordruckmustersammlung



Forderung 2: Die Mustervordrucke der Vordruckvereinbarung müssen in ein inhaltlich sowie optisch schlüssiges, geordnetes und damit „erlernbares“ Gesamtkonzept eingebunden sein. Hierfür braucht es übergeordnete Gestaltungsprinzipien. Eine neue Gesamtkonzeption sollte unter Beteiligung professioneller externer Layouter erfolgen.

33 Verwirrendes Layout auf den einzelnen Formularen

- *„Mal sind da Linien, mal Kästchen, dann Ankreuzfelder. Eine Ordnung und Stringenz ist nicht zu erkennen.“*
- *„Wir können nicht alle Richtlinien bis ins Detail kennen. Ein Formular muss selbsterklärend und intuitiv ausfüllbar sein.“*
- *Muster 4 „Der Punkt C betrifft ca. 95% der Ärzte nicht, sondern ist nur für einige Fachärzte. Dafür ist er aber sehr prominent oben links platziert. Ich kann auch keine sichtbare Abgrenzung zwischen den hochfrequenten Behandlungen und der Mobilitäts-eingeschränkten erkennen. Man beginnt immer wieder zu suchen.“*
- *Muster 12: „Was oft vorkommt, sollte zuerst abgefragt werden. Etwa 80% der HKP-Verordnungen entfallen auf die Medikamentengabe und die wird fast zuletzt abgefragt.“*

Bei jeder Formularerstellung bzw. Überarbeitung sollte sehr genau überlegt werden, was wie abgefragt wird. Ankreuzfelder sind i.d.R. das Mittel der Wahl. Im FLWL zeigte sich, dass umständlich lang formulierte Abfragen z.B. als Voraussetzung über ein Ankreuzfeld ersetzt werden konnten. Die meisten Mustervordrucke sind inhaltlich nicht stringent und straff an ein Formularziel ausgerichtet (Was genau soll mit dem Formular wirklich abgefragt werden?). Ein „Denken“ in stringenten und straffen Abfragen muss erarbeitet werden. Darüber hinaus ist auch hier die Gestaltung eine Frage professioneller Layouter. Grundsätzlich sollten Erkenntnisse aus der Kommunikationswissenschaft mit einbezogen werden, wie es z.B. die Medienbranche schon lange praktiziert, um die Lesegeohnheiten der Menschen besser verstehen zu können.

Forderung 3: Die inhaltliche und optische Gestaltung eines einzelnen Formulars muss sich an einem Formularziel ausrichten: Was soll mit dem Formular abgefragt werden und welche Informationen braucht es dafür? Wie muss das Formular dafür aufgebaut sein?

34 Sprache ist oft unverständlich

- *„Sprachlich sind die Formulare sehr oft sozialrechtlich geprägt. Hauptleistung? Was soll ich mir darunter vorstellen? Muster 4 - Versorgungsleiden? BVG? Das kennen die jungen Ärzte gar nicht mehr.“*
- *Muster 4: „Was ist ‚vergleichbare Mobilitätseinschränkung‘ oder ‚nicht umsetzbar aus Rollstuhl?‘“*
- *Muster 4: „Vergleichbarer Ausnahmefall wegen? Hier sollte ein Intervall angegeben sein, damit ich weiß, was gemeint ist.“*

Ärzte sollten nicht lange überlegen müssen, was abgefragt wird. Hinsichtlich der verwendeten Formulierungen und gewählten Begriffe sollten sozialrechtliche Aspekte in eine gut verständliche Alltagssprache übersetzt werden. Hier zeigt sich derzeit die Dominanz bürokratischen und nicht alltagspragmatischen Denkens.

Forderung 4: Formulare sollten in einer gut verständlichen Alltagssprache aufgesetzt sein und über Erläuterungstexte (z.B. digital) ermöglichen, Detailwissen aufzuzeigen.

35 Abfragen sind nicht immer zu erschließen

- *Muster 4: „Den Abrechnungsschein habe ich noch nie gebraucht und passiert ist auch noch nie etwas.“*
- *Muster 12: „Welche Behandlung soll das zu Hause sein, die heute eine Krankenhausbehandlung ersetzt. Das ist doch aus einem anderen Jahrhundert.“*
- *Muster 12: „Die Dekubitusversorgung und Verbände sind lose durcheinander, obwohl sie ja thematisch zusammen gehören. Man sollte die Verbände, Wundverbände und Kompressionsstrümpfe mit der Dekubitusbehandlung zusammenführen. Das überall irgendwie einzeln aufzuführen, macht keinen Sinn.“*
- *Muster 55: „Chronisch krank bedeutet doch nicht zwingend, dass man jedes Quartal zum Arzt muss.“*
- *Muster 56: „Wo ist der Unterschied zwischen Rehabilitationssport und Funktionstraining?“*
- *Muster 61: „Wenn ich auf der letzten Seite eines vierseitigen Antrages bei der Rehabilitationsprognose NEIN ankreuze, wieso sollte ein MDK die Reha jemals befürworten?“*
- *Muster 61: „Die Ziele der Reha-Maßnahme werden in der Reha festgelegt und nicht von mir als Hausarzt.“*
- *„Was fangen Sie bei der Kasse mit einem Blutgaswert an?“*
- *Muster 61: „Die Fragen sind redundant – familiäres Umfeld? Soziales Umfeld? Persönliches Umfeld? Das kann man doch zusammenfassen.“*
- *Muster 61: „Ich kann meistens nicht erkennen, was die rehabilitationsbegründende Hauptdiagnose ist. Soll es nach einem Schlaganfall eher in Richtung Neurologie oder Orthopädie gehen? Statt einer Fokussierung bekomme ich Arztberichte aus den letzten 20 Jahren mitgeliefert.“*
- *Muster 61: „Das Formular ist nicht logisch aufgebaut, die Zielsetzung geht auf vier Seiten in Detailfragen verloren. Es sollte eine rehabilitationsbegründende Diagnose geben, d.h., mit benannten Funktionseinschränkungen. Eine Demenz oder ein Schlaganfall alleine sagen noch nicht aus, was nicht mehr geht und ob eine grundsätzliche Reha-Fähigkeit vorliegen. Dann müssen die ambulanten Möglichkeiten vor Ort ausgeschöpft sein und es muss eine Vorstellung davon geben, was aussichtsreich ist.“*

Vielen Ärzten sind in den gegenwärtigen Formularen weder Inhalt noch Sinn einer Frage klar, was dazu führt, dass sie sich über die Formulare ärgern und diese nicht korrekt ausfüllen können.

Forderung 5: Die Sichtweise der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen- und MDK-Mitarbeiter sowie der Patienten muss stärker als bisher in die Formularentwicklung einbezogen werden. Nur so kann inhaltliche Klarheit gewährleistet werden, die für eine gute Ausfüllqualität und die nachfolgenden Bearbeitungsprozesse vonnöten ist.

3.6 Fragen gegen das ärztliche Empfinden und Zuständigkeit

Ärzte empfinden manche Abfragen als unzumutbar, da sie entweder medizinisch nicht sinnvoll sind oder nicht in der Zuständigkeit der Ärzte liegen. Exemplarisch stehen folgende Aussagen der Ärzte aus dem Formularlabor WL.

- „Manchmal wissen nicht einmal die Patienten selbst, ob und schon gar nicht welchen Schwerbehindertengrad sie haben oder auch eine Pflegestufe. Sollen wir das immer alles recherchieren?“
- *Muster 52:* „Für welchen zeitlichen Umfang hat sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt? Hallo???? Glauben Sie, die sagen mir das immer? Das soll die Kasse bei der Arbeitsagentur erfragen, aber nicht bei mir.“
- *Muster 61:* „Die aufgeführten Heilmittel müsste man mal prüfen, die gibt es ja so schon lange nicht mehr Wärme-/Kältetherapie oder Traktionsbehandlung???“
- *Muster 61:* „Soll ich recherchieren, wann der Patient in den letzten 12 Monaten welche Heilmittel bekommen oder wie er die in Anspruch genommen hat?“
- *Formfreie Anfrage Elektrorollstuhl:* „Wie soll ich denn als Arzt entscheiden, ob die Ehefrau ihren Mann nicht auch in einem manuellen Rollstuhl schieben kann?“
- *Formfreie Anfrage Elektrorollstuhl:* „Ich kann Ihnen sagen, ob ein Patient Demenz hat oder nicht, ich kann Ihnen aber nicht sagen, ob er dazu in der Lage ist, einen Elektrorollstuhl oder einen Scooter auf der Straße zu fahren. Das müsste das Straßenverkehrsamt prüfen.“
- „Hier werden Fragen auf uns Ärzte abgewälzt, die eigentlich von der Arbeitsagentur beantwortet werden müssten!“
- „Was bitte sind denn leichte Tätigkeiten?“

Die unterschiedliche Sichtweise von Krankenkasse und Arzt auf Sachverhalte führt oftmals dazu, dass Ärzte Abfragen als „unnötig“ empfinden - Beispiel Muster 12 HKP - :

Sicht der Krankenkasse: Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und als Treuhänder der Beitragszahler, möchte die Kasse prüfen, ob nicht ein im Haushalt lebender Angehöriger z.B. die Medikamentengabe übernehmen kann und es keinen ambulanten Pflegedienst dafür braucht. Aus diesem Grund wurde das Kästchen mit dem Ausrufezeichen und das Zusatzkästchen zur Beurteilung angebracht.

Sicht des Arztes: „Wenn ich eine Häusliche Krankenpflege verordne, dann bescheinige ich damit, dass niemand sonst Zuhause diese übernehmen kann. Als Arzt muss ich nicht zusätzlich mit zwei Ausrufezeichen auf dem Kopf des Formulars darauf hingewiesen werden, dieses zu prüfen, zumal ich den Angehörigen am Ende nicht vorschreiben kann, die Medikamentengabe des Patienten zu übernehmen.“

Forderung 6: Abfragen dürfen sich nicht gegen das Arzt-Patienten-Verhältnis richten oder Zuständigkeiten einfordern, die nicht bei den Ärzten liegen.

3.7 Theorie und Praxis entfernen sich voneinander ... und niemand bemerkt es?

In einigen Bereichen haben sich die „Theorie“ des Formularwesens und der Praxisalltag seit langem voneinander entfernt, ohne dass die zuständigen Gremien diese Entwicklungen strukturiert aufgegriffen hätten. Beispielhaft hierfür stehen die Gesundheitsuntersuchung (Muster 30) und die Entwicklungen im Hilfsmittelmarkt, wie auch im Krankentransportwesen (s. 3.11.4). Es stellt sich die Frage, wieso derartige Entwicklungen über Jahre hinweg geschehen können und die zuständigen Gremien auf diese nicht adäquat reagieren?

3.7.1 Beispiel Gesundheitsuntersuchung - Muster 30

„Füllt Ihr das etwa aus? Das wollte doch noch nie einer sehen!“

Der Berichtsvordruck der Gesundheitsuntersuchung ist ein sehr zeitaufwändiger Vordruck, der weder von Ärzten noch Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen jemals systematisch verwandt wurde. Die Abfragen sind lange nicht mehr mit den aktuellen medizinischen Erkenntnissen vereinbar. Es bleibt das Gefühl bei den Ärzten, dass man den ja eigentlich ausfüllen müsste, falls mal jemand fragt. Soll mit diesem Formular eine Grundlage für eine Gesundheitsuntersuchung geschaffen werden, muss sie zwingend auf den aktuellen medizinischen Stand unter Anwendung des Präventionsgesetzes angepasst werden. Ebenso muss die dahinterliegende Richtlinie geprüft werden.

Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung 30

Verbleib beim Vertragsarzt

Krankenkasse

AKK ☐ BKK ☐ RK ☐

Landkreis ☐ Kreis ☐

Stadtkreis ☐

Alter

unter 35 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐

75-84 ☐ 85-94 ☐ 95-104 ☐

Geschlecht weiblich ☐ männlich ☐

Es wird gleichzeitig eine Krebsfrüherkennung durchgeführt? ja ☐ nein ☐

Anamnese

Es wurde bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt? ja ☐ nein ☐

Vorbestehende Krankheiten

in der Eigenanamnese in der Familienanamnese

Hypertonie ☐ ☐

Koronare Herzkranzkrankheit ☐ ☐

arterieller Verschlusskrankheit ☐ ☐

Diabetes mellitus ☐ ☐

Hyperlipidämie ☐ ☐

Kleintierkrankheiten ☐ ☐

Lungenkrankheit ☐ ☐

Persönliche Risikofaktoren

Nikotinabusus ☐ Adipositas ☐

chronische emotionale Belastungsfaktoren ☐ Alkoholabusus ☐

Bewegungsmangel ☐

Befunde

Krankheitsveränderungen (ohne Informationsblätter)

Blutdruck ☐ Blutbild ☐ Bewegungsapparat ☐

Herzkreisläufsystem ☐ Haut ☐

Lungenkrankheiten ☐ Stimmorgane ☐

Schilddrüsenerkrankungen (einschließlich Schilddrüsenkrebs) ☐ Nierenerkrankungen ☐

Fußpilze ☐ Psyche ☐

Knochenkrankheiten ☐

Blutdruck

bis 140/90 mmHg ☐ bis 160/100 mmHg ☐

140/90 mmHg ☐ 160/100 mmHg ☐

Der niedrigste Wert systolisch oder diastolisch bestimmt die Risikoeinstufung (z.B. 140/90 mmHg bis 160/100 mmHg). Bei Werten über 160/100 mmHg ist eine zweite Messung durchzuführen und der Mittelwert aus beiden Messungen für die Risikoeinstufung zugrunde zu legen.

Labordiagnostik

Blut

Gesamtschilddrüsenhormon ☐

201 bis 220 mg/dl ☐

221 bis 250 mg/dl ☐

251 bis 300 mg/dl ☐

über 300 mg/dl ☐

Bestimmung des HbA1c-Wertes ☐ ja ☐ nein ☐

Glukosewert ☐ ja ☐ nein ☐

Harn

Oxid ☐ Glykose ☐ Leukozyten ☐

Glukose ☐ Nitrit ☐

Neue Diagnose / Verdachtsdiagnose (ohne Informationsblätter)

neue Diagnose ☐ Verdachtsdiagnose ☐

Arterien-
erkrankung ☐ bei Verdacht auf eine
arterielle
Erkrankung
angegeben

arterielle
Verschluss-
krankheit ☐

Diabetes
mellitus ☐

Hyperlipidämie ☐

Koronar-
erkrankung ☐

Lungen-
erkrankung ☐

arterieller
Verschluss-
krankheit ☐

Haut-
erkrankung ☐

Erkrankung des
Nervensystems ☐

Schilddrüsen-
erkrankung ☐

sonstige
Krankheiten ☐

Folgende Maßnahmen wurden veranlasst

Ernährungs-
umstellung ☐ neu verordnete
medikamentöse
Therapie ☐

Körper-
erkrankung ☐ sonstige ☐

Bewegungs-
förderung ☐ kulturelle
Maßnahmen ☐

Ernährungs-
beratung ☐

Verbindliches Muster

Name Geburtsdatum

Freigabe 10.11.2008

Muster 30 (1.2008)

3.7.2 Beispiel fehlende Hilfsmittel-Richtlinien führen zu unnötigen formfreien Anfragen

„Manche Vordrucke sind nicht lernbar, v.a. formfreie Anfragen der Krankenkassen. Wenn Sie mir sagen, welche Informationen Sie brauchen, dann kann ich mich darauf einstellen. Das kann doch nicht für orthopädische Schuhe bei jeder Krankenkasse anders sein? Für jede Kasse fange ich immer wieder von vorne an, weil die eine mir einen zweiseitigen Zusatzfragebogen zu den Schuhen schickt und die andere eineinhalb Seiten. Immer muss ich alles erst lesen. Wieso haben Ärzte heute nicht die Möglichkeit, bei der Verordnung gleich die notwendigen Angaben zu machen. Wieso müssen diese über unterschiedliche Kassenanfragen ‚hinterher‘ erfragt werden?“

Die Vordruck-Vereinbarung legt unter Allgemeines 1.2.3 folgendes fest:

„Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten dürfen von den Kassen auf nicht vereinbarten Vordrucken ausnahmsweise angefordert werden, wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung der Sachverhalte nicht zur Verfügung stehen [...].“

Viele Hilfsmittel sind teuer und hochspeziell und können nur über das Rezept (Muster 16) unspezifiziert verordnet werden. Das Hilfsmittelverzeichnis⁶ weist inzwischen 37 Produktgruppen mit dazugehörigen Unterprodukten aus. Trotzdem sind bis auf den Bereich der Hör- und Sehhilfen in der Hilfsmittel-Richtlinie seit Jahren lediglich nur allgemeine Verordnungsgrundsätze („Maß des Notwendigen“ und „Wirtschaftlichkeit“) zu finden. Die Hilfsmittel-Richtlinie ist mit der hochdynamischen Entwicklung im Medizinproduktemarkt nicht mitgewachsen. Es fehlt nicht nur an einer spezifizierten Richtlinie für eine wirtschaftliche Leistungsbegutachtung und -gewährung durch die Krankenkassen. Es fehlt auch an Mustervordrucken, wie sie für Hör- und Sehhilfen vorhanden sind. Notwendige Zusatzangaben werden somit von Krankenkassen über die viel gescholtenen formfreien Kassenanfragen eingeholt.

□ Beispiel Sauerstoffversorgung:

Die Verordnung „Sauerstoff“ sagt nichts über den Leistungsbedarf aus. Ist z.B. eine mobile Versorgung notwendig, weil der Patient auch draußen mobil ist und (Flüssig-)Sauerstoff benötigt? Ist der Bedarf nur bei Atemnot oder immer gegeben? Derzeit stellt ein Arzt eine unspezifizierte Verordnung „Sauerstoff“ aus, die der Patient bei einem Sanitätshaus einreicht. Dieses prüft die Verordnung und erstellt einen Kostenvoranschlag für die Krankenkasse. Die Krankenkasse/MDK wiederum muss über Nachfragen beim Arzt in Erfahrung bringen, ob das Krankheitsbild zu der angedachten Versorgung passt.

Die Diskussionen im Formularlabor zeigten, dass dringender Verständigungsbedarf zwischen Ärzten und Krankenkassen besteht, um zu klären, welche Angaben Ärzte für die Krankenkasse notwendigen Angaben rund um die wirtschaftliche Leistungsgewährung leisten können.

⁶ Anhang 4

Das Rahmenformular:

Mit der Verabschiedung des neuen Bundesmantelvertrages wurde zum 01.10.2013 unter § 36 Abs. 5 „Schriftliche Informationen“ das sogenannte „Rahmenformular“ eingeführt, das die Krankenkassen für formlose Anfragen zu verwenden haben:

§ 36 Abs. 5 Schriftliche Informationen BMV-Ä

„Für formlose Anfragen, die auf die Erteilung von Auskünften, Bescheinigungen, Gutachten oder Bescheinigungen mit gutachterlicher Fragestellung gerichtet sind, für deren Zweck jedoch kein gesonderter Vordruck vereinbart worden ist, wird ein vereinbartes Rahmenformular verwendet. In diesem Rahmenformular sind Angaben vorzusehen, aus denen dem Arzt der Grund und die Berechtigung für die Beantwortung der Anfrage ersichtlich wird. Für die Vergütung gilt Abs. 3. Das Rahmenformular ist kein Vordruck im Sinne des Abs. 3.“

Bis heute haben die Partner des Bundesmantelvertrags kein Rahmenformular vorgelegt. Die derzeit vorherrschende Grundauffassung, dass ein einziges Formular alle unterschiedlichen Leistungen, die momentan über formfreie Anfragen abgefragt werden, bedienen kann, ist ein Irrweg.

Es braucht eine vorbehaltlose, inhaltlich-sachliche und transparente Diskussionsgrundlage darüber:

- Für welche Anfragen soll ein Rahmenformular entwickelt werden? Eine kurze Bescheinigung, die einen Entbindungstermin bestätigt, ist nicht mit dem Ausfüllen einer Sauerstoffverordnung gleichzusetzen.
- Das Muster 16 (Rezept) muss als Hilfsmittel-Verordnung hinterfragt werden, da hiermit keinerlei spezifische Sachverhalte abgefragt werden können, die eine Krankenkasse für eine Leistungsentscheidung benötigt. Selbst innerhalb der Hilfsmittel muss differenziert betrachtet werden, wofür eine einfache unspezifizierte Verordnung ausreicht und wofür es spezifizierte Angaben braucht, wie z.B. die Dauer (kurzfristig / vorübergehend / Langzeit) oder Angaben zur Mobilität der Patienten. Dies erfordert eine Gesamtanalyse des Hilfsmittelverzeichnis.
- Spezifizierte Verordnungen sollten wie Mustervordrucke gehandhabt werden, um auch in diesem Bereich die oftmals strittigen Datenschutzfragen von Beginn an zu klären.
- Wenn es eine inhaltliche Klärung der definierten Anfragen (bürokratischer Aufwand) gibt, können auch die oftmals strittigen Honorarfragen geklärt werden (s. 3.10).
- Im Rahmen der Aufarbeitung dieser gesamten Problematik müssen auch die Grenzen der Kommunikation über Formulare bei allzu komplexen Sachverhalten diskutiert werden. Es gilt eine pragmatische und schlanke Lösung für Ärzte und Krankenkassen/MDK zu finden.

Beispiele für spezifizierte Hilfsmittelverordnungen, die im Formularlabor besprochen wurden, sind im Anhang 2 aufgeführt.

Forderung 7: Das Formularwesen benötigt ein strukturiertes Monitoring der bestehenden „Formularprozesse“, um frühzeitig Anpassungsbedarf zu identifizieren und Veränderungen vorzunehmen. Hierfür braucht es eine adäquate Arbeitsstruktur innerhalb der GKV. Als dringendes Handlungsfeld ist der Hilfsmittelbereich zu analysieren, da zu diesem Thema die häufigsten formfreien Kassenanfragen gestellt werden, die für Ärzte, wie auch Krankenkassen bürokratisch belastend sind. Für den heute existierenden Hilfsmittelbereich gibt es keine adäquate Richtlinie mehr, auch sind Verordnungen generell auf dem Rezeptmuster 16 zu undifferenziert.

3.8 Der „Geist des Formularwesens“ entstammt einer Zeit, in der es noch keine elektronische Datenverarbeitung gab

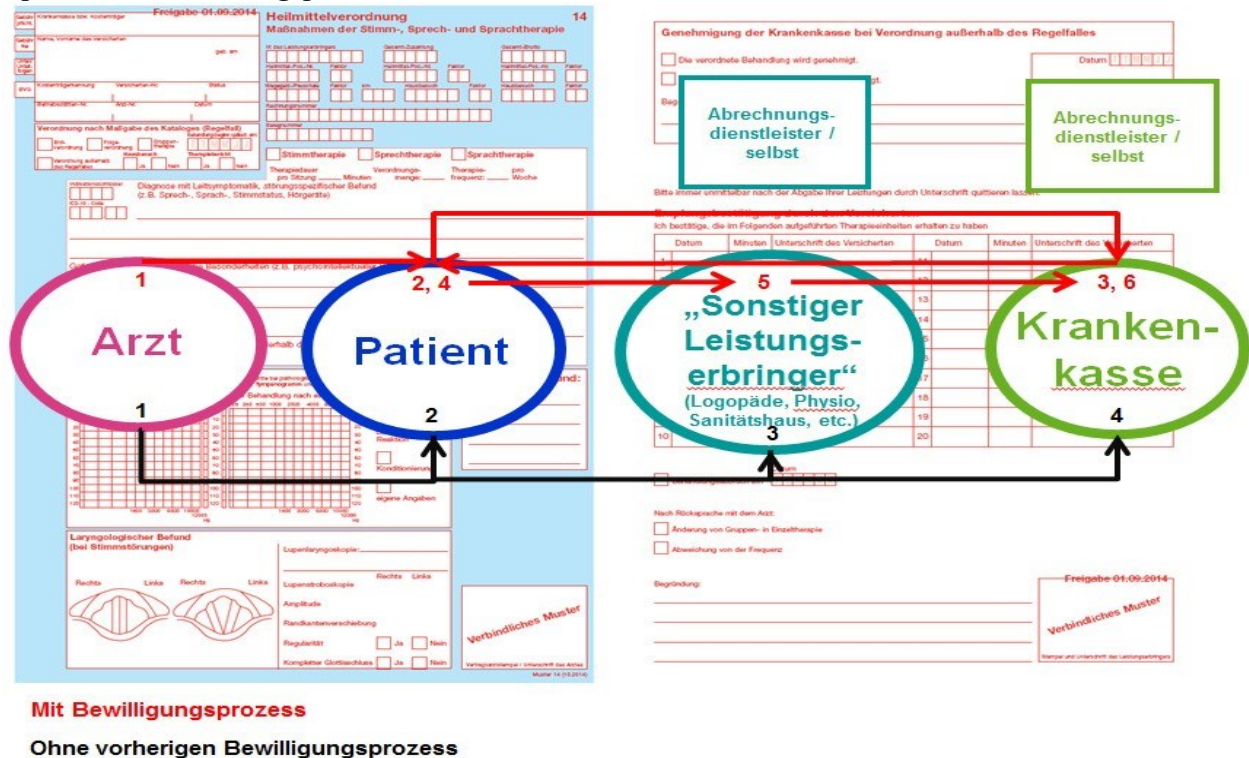
Im FLWL kam bei der Bearbeitung der Heilmittel-Verordnungen (Muster 13, 14, 18) die Frage auf, wieso auf einer ärztlichen Verordnung der Abrechnungsblock der Heilmittelerbringer, sprich der Physio-, Logo- und Ergotherapeuten, oben rechts einen so großen und präsenten Platz einnehmen muss.

Vorderseite ärztliche Verordnung Muster 13, 14, 18

Rückseite nach Erhalt der Heilmittelleistungen vom Versicherten gegen zu zeichnen (für den Arzt unwichtig)

Der Grund liegt in der Notwendigkeit, dass eine Krankenkasse für die Prüfung und Abrechnung der erbrachten Heilmittelleistungen die Zuordnung zur ärztlichen Verordnung benötigt. So gibt es Verordnungen mit und ohne Bewilligungsprozesse. Darüber hinaus benötigt die Krankenkasse am Ende der Leistungserbringung oft die Quittierung des Versicherten über den Erhalt der Leistung. Eine Neugestaltung der Formulare kann nicht ohne Betrachtung der dazugehörigen Bearbeitungsprozesse gelingen. Ein schlankes Formular ist so gestaltet, dass es nur die notwendigsten Angaben aufführt. Felder und Kästchen, auch wenn diese nicht für den Arzt gedacht sind, belasten diesen dennoch. Die überwiegende Zahl der Verordnung wird für Patienten über 60 Jahre ausgestellt. Bei einer Neugestaltung von Formularen und Prozessen sollten entsprechende Altersaspekte berücksichtigt werden.

Operative Abrechnungsprozesse:



Der „Geist“ der Formulare stammt aus einer Zeit, in der es noch keine Datenverarbeitung gab und ist vom Durchschlagsverfahren geprägt. Datenträgeraustauschverfahren, Onlineportale, Blankoformularbedruckung, Scanverfahren und andere E-Health-Instrumente haben inzwischen zwar Einzug in die Versorgung gehalten, aber nicht systematisch und strukturiert, sondern lediglich punktuell und mit Medienbrüchen. Daten werden zum Teil elektronisch übermittelt und trotzdem wird parallel Papier ausgedruckt und abgeheftet. Insbesondere Prozesse mit Erst- und Folgeverordnung sind schwer klar zu fassen. Informationen werden so mehrmals – vor allem vom Arzt - in Person, per Fax, per Brief oder per Datenaustausch eingeholt.

Insbesondere die Mitarbeiter aus dem Abrechnungs- und Datenmanagement der Krankenkassen verfügen über Erfahrungen und Erkenntnisse hinsichtlich der operativen Umsetzbarkeit von Formularen. Sie können Auskunft darüber geben, wie gut z.B. ein Heilmittelkatalog in der Versorgung umgesetzt wird. Diese Expertise wird derzeit an keiner Stelle systematisch gesammelt und zur Entwicklung optimaler Prozesse genutzt.

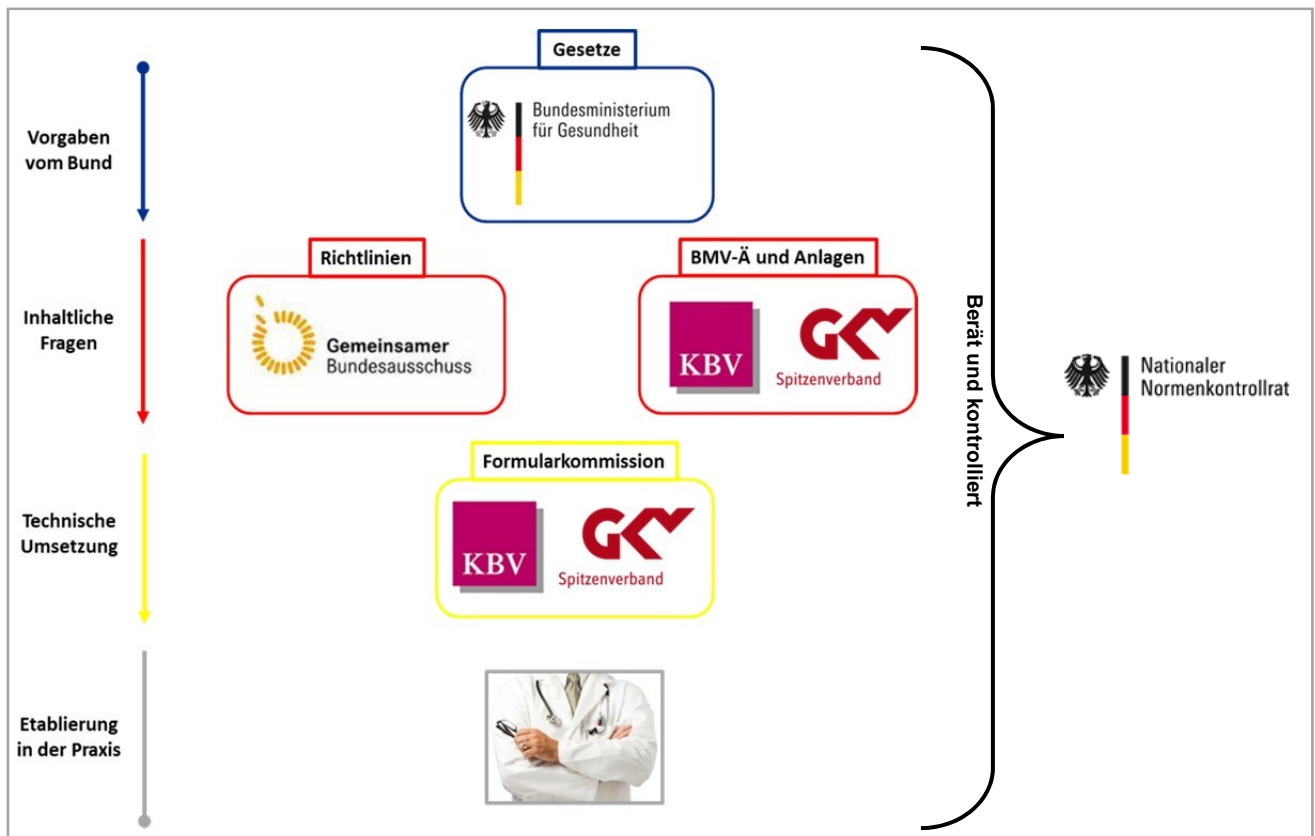
Forderung 8: Das Formularwesen stammt aus einer Zeit, in der es noch keine Datenverarbeitung gab. Nicht nur die Formulare selbst müssen systematisch überarbeitet werden, sondern auch die dahinterliegenden Bearbeitungsprozesse der Verordnung, Genehmigung und Abrechnung. Das im Abrechnungs- und Datenmanagement der Krankenkassen gesammelte Wissen über die alltäglichen Probleme, sollte systematisch zur Entwicklung eines schlanken Formularwesens genutzt werden. Das Formularlabor begrüßt die Vorgabe des E-Health Gesetzes, nach dem alle Formulare auf ihre Digitalisierbarkeit hin überprüft werden müssen. Aufgrund der enormen Komplexität und des dringend notwendigen Systemblicks, für den es insbesondere auch digitale Fachkompetenz braucht, sollte eine externe Prozessberatung mit dieser Aufgabe betraut werden. In einer alternden Gesellschaft müssen hier Aspekte der Benutzerfreundlichkeit mit bedacht werden.

3.9 Keine Anbindung der Praxis an Richtlinien-Erstellung

Mit einem Großteil der Formulare werden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Versorgungsalltag umgesetzt. Der Gedanke an die operative Umsetzbarkeit in der Praxis kommt dabei oft zu kurz. Resultat ist, dass Richtlinien in der Praxis nicht effizient umgesetzt werden können. Formulare werden unnötig kompliziert gestaltet und sind für den alltäglichen Praxisgebrauch nicht oder nur kaum zu verwenden. Dr. Döring, Mitglied des Formularlabors, sagte in diesem Zusammenhang: „**Wir managen Richtlinien, aber nicht die Versorgung.**“

In der folgenden Grafik werden die Strukturen auf Bundesebene aufgezeigt:

Ablauf Vordruckerstellung



Forderung 9: Bereits im G-BA muss bei der Richtlinienerstellung auf möglichst bürokratiearme Verfahren geachtet werden. Durch die Einbeziehung der Praxisebene können nicht realisierbare Vorstellungen oder vermeidbare Informationspflichten bereits vor Verabschiedung der Richtlinie ausgeschlossen werden. Hier könnte das Formularlabor als Beratungsgremium fungieren. Eine anschließende Erprobung in der Praxis über einen gewissen Zeitraum (Normerprobungsverfahren), wäre wünschenswert.

Sollte es keine Möglichkeit einer ex-anten Messung geben, muss man auf die ex-post Messung zurückgreifen. Hier wäre denkbar, Richtlinien nach einem festgelegten Zeitintervall (ein bis zwei Jahre) nochmals zu prüfen, in einer Art Evaluationsverfahren. Auch bei bereits ex-ante gemessenen Richtlinien wäre diese Lösung sinnvoll, um festzustellen, ob die vorher erwarteten Abläufe sich in der Praxis ebenfalls so darstellen.

Zudem sollte der Nationale Normenkontrollrat stärker in den Sozialversicherungssektor involviert werden.

3.10 Intransparente Vergütungsregelungen

Für Ärger bei den Ärzten sorgt oft das Empfinden, dass der Aufwand für bürokratische Tätigkeiten nicht angemessen honoriert wird. Das liegt auch daran, dass die Vergütungsregelungen hier zum Teil sehr intransparent sind. Mal ist eine Leistung in der Versichertenpauschale inkludiert, mal wird sie extra vergütet.

Leistungen, die nicht in der Versichertenpauschale enthalten sind (Hausarzt) – Stand: März 2016

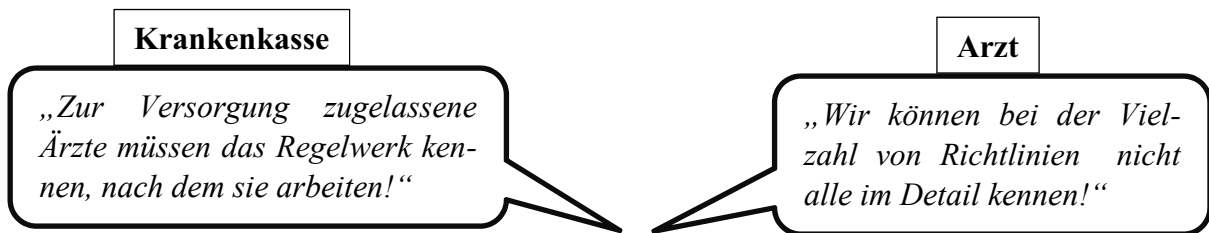
Verordnung	Muster	Pauschale
Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Muster 61	31,52€
Krankheitsbericht	Muster 11, 53, 56, 57	4,59€
Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme	Muster 20 a-d, 51, 52	8,66€
Kurvorschlag des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur	Muster 25	5,53€
Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau	Muster 39	18,78€
Früherkennung von Krebserkrankungen bei dem Mann	Muster 40	14,92€
Gesundheitsuntersuchung gem. Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie	Muster 30	31,52€

Forderung 10: Es braucht klare Vergütungsregeln für das Ausfüllen von Formularen, die den Aufwand adäquat würdigen. Hierfür braucht es eine Differenzierung zwischen Bescheinigungen, Verordnungen und Anfragen.

3.11 Es braucht übergeordnete Formularprinzipien

Im FLWL gab es immer wieder Diskussionen über Sachverhalte, die im Alltag regelhaft zu Konflikten und Verhärtungen zwischen Ärzten und Krankenkassen führen und die grundsätzlich zu hinterfragen sind.

3.11.1 Müssen Ärzte alle Richtlinien kennen bzw. im Detail beherrschen, um Formulare korrekt auszufüllen?

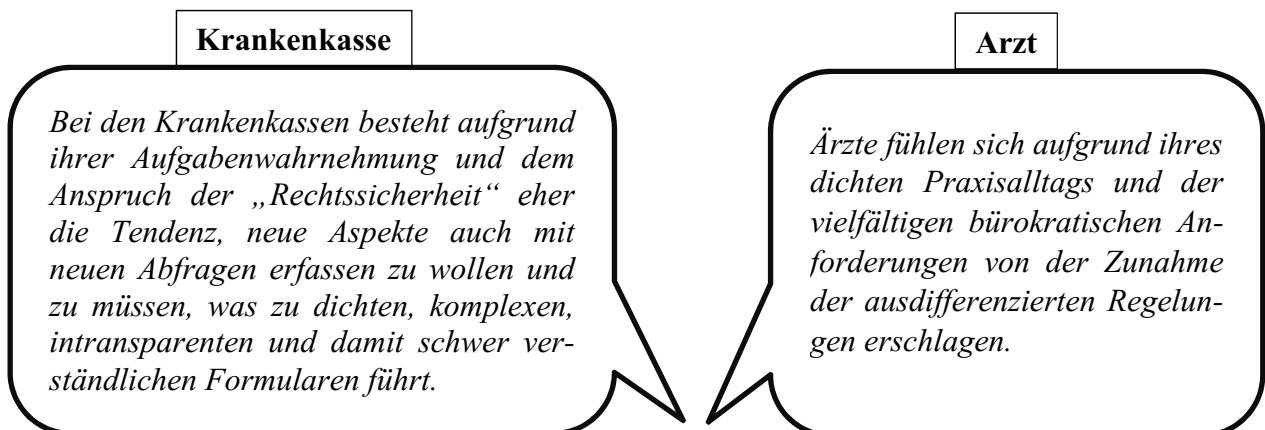


Heutzutage wird von den Ärzten erwartet, jede Richtlinie im Detail zu kennen. Doch wie realistisch ist es, dass ein Arzt alle Richtlinien im Detail kennt, um Formulare korrekt auszufüllen?

Die Perspektiven sind hier unterschiedlich:

In den Krankenkassen werden die Anträge in speziellen Sachgebieten bearbeitet, wohingegen der Arzt ein Generalist über alle Sachthemen sein muss. Die Krankenkassen haben für alle Leistungsausgaben die Wirtschaftlichkeit zu beachten, wohingegen in den Arztpraxen dieser Aspekt bei budgetierten Leistungen eher beachtet wird, als bei unbudgetierten.

3.11.2 Weniger ist mehr!



Bestehende Leistungen haben sich aufgrund unterschiedlicher Fortschritte (medizinisch, pflegerisch, sozialrechtlich, gesellschaftlich, etc.) in eine Fülle von Detailregelungen ausgeweitet. Über die Formulare wird versucht, so viele Details wie möglich abzufragen.

Wie will man zukünftig diese gegensätzlichen Sichtweisen im Sinne einer guten Bürokratie zusammenbringen? Zum Beispiel mit einer „One-in-One-out“-Regel? Für jede neue Angabe wird eine gestrichen? Klar ist, je weniger unnötige Abfragen, desto höher ist die Ausfüllqualität.

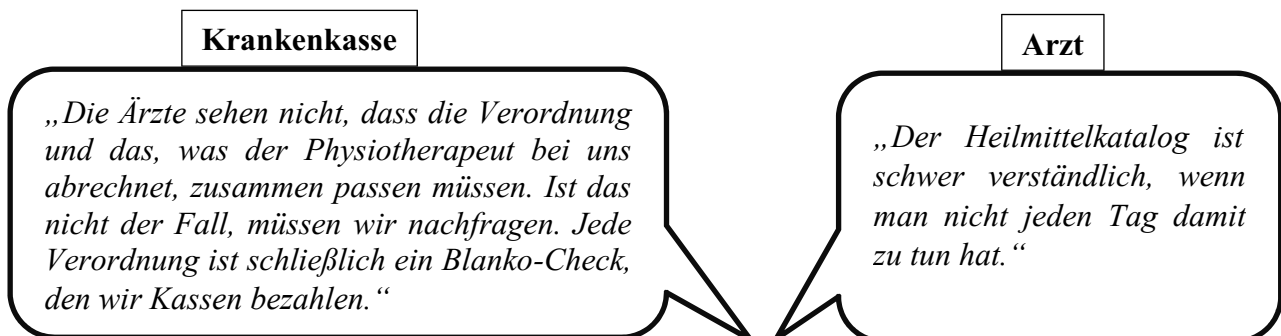
3.11.3 Große Problemfragen

In den Diskussionen fielen Probleme auf, die in der Alltagsrealität mit keinem Formular adäquat zu lösen sind und eine Einbeziehung in eine größere Diskussion bedürfen. Drei dieser Bereiche sind hier beispielhaft aufgeführt.

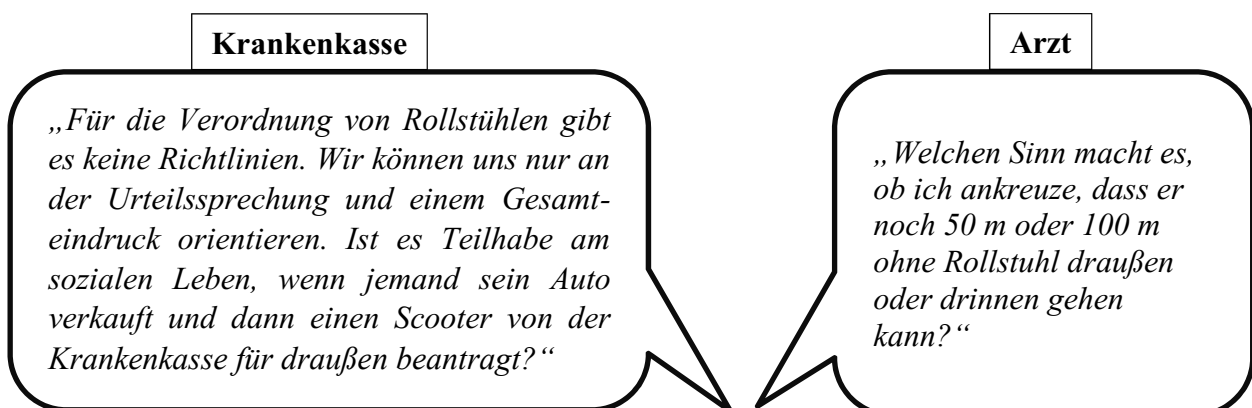
- 1) Die Wiedereingliederung in einen Arbeitsalltag bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ist für Ärzte sehr schwer. Hier stellt sich die Frage, ob es nicht grundsätzlich andere Maßnahmen als jene des Medizinbetriebs braucht - wie z.B. ein sozialarbeiterisches Case Management - um zu helfen. Diese Leistung gibt es gegenwärtig nicht in der GKV.



- 2) Der Heilmittelkatalog wird von Ärzten wie auch den Physiotherapeuten als grundsätzlich sehr intransparent und schwierig angesehen. Hier stellt sich die Frage, ob die Richtlinie und das gesamte Procedere nicht einen „Neuanfang“ benötigen.



- 3) Als Kriterium für die Leistungsgewährung ist die „Teilhabe am sozialen Leben“ sehr schwierig operationalisierbar. Hier stellt sich die Frage, ob manche Leistungen nicht vor einem größeren gesundheitspolitischen Hintergrund zu diskutieren wären, anstatt sie im Alltag den Akteuren auf der Praxisebene alleine zu überlassen.



3.11.4 Der Umgang mit zunehmender Komplexität

Wie wollen die Akteure mit einer zuweilen großen Komplexität umgehen? Beispielhaft sei diese anhand des Musters 4 dargestellt, welches derzeit auf Bundesebene beraten wird. Mit dem Vordruck soll der Arzt das medizinisch notwendige und wirtschaftliche Transportmittel angeben. Die Herausforderung bei diesem Vordruck ist, ein Höchstmaß an Komplexität mit einem bundesweit einheitlichen Vordruck abzufragen. So existieren bundesweite Vorschriften und landesweite Vereinbarungen nebeneinander. Dazu kommen ein inzwischen ausdifferenzierter und schwer durchschaubarer „Transportmittelmarkt“ sowie unterschiedliche Verträge der Krankenkassen mit den Transportunternehmern. Außerdem besteht von Seiten der Patienten eine zum Teil hohe Erwartungshaltung, dass die Krankenkassen Fahrtkosten jedweder Art übernehmen.

Im FLWL wurde das Muster aufgegriffen und anhand eines Rohentwurfs wurden zunächst die Schwierigkeiten erläutert, die verordnende Ärzte mit dem Muster haben. Die nachstehenden Ausführungen dienen an dieser Stelle einzig und allein der Illustration dieser Komplexität, die sich aus dem Spannungsfeld zwischen ärztlicher Verordnung, Wirtschaft, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung ergibt. Damit verbunden ist die Frage, ob die derzeitigen Arbeitsstrukturen überhaupt dazu geeignet sind, eine derartige Komplexität adäquat zu beraten.

- Ein Kernproblem ist, dass das Muster 4 nicht zwischen Krankentransporten und Krankenfahrten oder qualifizierten und nichtqualifizierten Transporten unterscheidet. Es sollte möglichst eine Konkretisierung in dem neuen Muster 4 dahingehend umgesetzt werden.
- Notarztwagen (NAW) / Notarzteinsatzfahrzeug (NEF):
Der NAW ist ein Rettungswagen (RTW), bei dem der Notarzt (NA) an Bord ist. Dieses Transportmittel wird in NRW nicht mehr regelmäßig vorgehalten. Fast durchgängig treffen sich RTW und NA im „Rendezvous-System“, d.h., der NA kommt mit dem NEF separat zum Einsatzort, sofern der NA von der Leitstelle alarmiert wird. Dies ist allerdings nicht immer der Fall.
- Auf das Feld „Gemeinschaftsfahrt“ kann wie bereits vorgesehen auch verzichtet werden. Der Arzt hat über die Logistik des Leistungserbringers im Vorfeld keine Kenntnis.
- Die Angabe des Ab-Datums einer Serienbehandlung genügt. Dies gilt allerdings nur, wenn die Angaben „00 x pro Woche über 00 Monate“ ordnungsgemäß gefüllt sind. Ist dies nicht der Fall, wäre eine Angabe „von – bis“ erforderlich.
- Bundesweit ist es unterschiedlich geregelt, ob es eine besondere Vereinbarung für „Wartezeit“ gibt. Diese Angabe könnte unter „Sonstiges“ abgefragt werden.

Im Anhang 3 sind weitere Aspekte zur Diskussion um Muster 4 aufgeführt.

Forderung 11: Zur Handhabbarkeit des Formularwesens braucht es grundsätzliche übergeordnete Formularprinzipien, wie insbesondere mit einer fortschreitenden Leistungsausdifferenzierung, Informationsverdichtung und Komplexität umzugehen ist. Darüber hinaus benötigen komplexe Sachverhalte einen größeren gesundheitspolitischen Reflexionsrahmen.

3.12 Strukturen in der Selbstverwaltung

Die Bearbeitungsabläufe im Formularwesen sind nicht mehr zeitgemäß und bedürfen einer dringenden Überarbeitung. Dazu sind klar geregelte Zuständigkeiten in der Selbstverwaltung notwendig.

- Die Partner der Selbstverwaltung sollten ein Gremium „Formularmanagement“ mit festen Mitarbeitern einrichten, das den Gesamtprozess steuert. Zu diesem gehören:
 - Entwicklung und Pflege (regelmäßiges Monitoring) der Formulare unter Einbeziehung praktischer Formularlabore i.S. des FLWL (regional wie auf Bundesebene organisierbar unter Einbeziehung von Praktikern und Patienten).
 - Einen zeitnahen „Schiedsmechanismus“ für Entscheidungen, wenn keine Übereinkunft möglich ist.
 - Bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen müssen Formularbeauftragte benannt sein, die die Gesamtentwicklung aus allen Fachbereichen im Auge haben.
 - Regelmäßige Einbindung in die Richtlinienerstellung des G-BA.
 - Professionelles Formularmanagement bei Fragen zu Druck (Bundesdruckerei), Papier, Layout (z.B. Einbindung professioneller Layouter).
 - Monitoring der Verordnungs-, Bewilligungs- und Abrechnungsprozesse.
 - Konsequente E-Health-Umsetzung (Blankoformularbedruckung, Übermittlungswege, etc.).
 - Entwicklung übergeordneter Ordnungsprinzipien, wie „Rechtsfragen versus Praktikabilität“ oder „One-in-One-Out“-Regeln zur Vermeidung von überfrachteten und nicht handhabbaren Formularen.

Forderung 12: Bürokratie darf nicht einfach geschehen, sondern muss gestaltet und gesteuert werden. Hierfür braucht es neue Arbeitsstrukturen in der Selbstverwaltung. Es braucht feste Verantwortliche auf Bundesebene, wie auch bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die das Formularwesen als Gesamtprozess verstehen und managen.

4 (Heraus) – Forderungen im Überblick

Forderung 1: Thematische Strukturierung der Vordruckvereinbarung! Diese muss bereits im Überblick eine „lernbare“ Systematik aufweisen. Für eine Kategorisierung sollten alle derzeit bestehenden Mustervordrucke dahingehend geprüft werden, ob sie noch für die einst angedachte Aufgabe verwendet werden.

Forderung 2: Die Mustervordrucke der Vordruckvereinbarung müssen in ein inhaltlich sowie optisch schlüssiges, geordnetes und damit „erlernbares“ Gesamtkonzept eingebunden sein. Hierfür braucht es übergeordnete Gestaltungsprinzipien. Eine neue Gesamtkonzeption sollte unter Beteiligung professioneller externer Layouter erfolgen.

Forderung 3: Die inhaltliche und optische Gestaltung eines einzelnen Formulars muss sich an einem Formularziel ausrichten: Was soll mit dem Formular abgefragt werden und welche Informationen braucht es dafür? Wie muss das Formular dafür aufgebaut sein?

Forderung 4: Formulare sollten in einer gut verständlichen Alltagssprache aufgesetzt sein und über Erläuterungstexte (z.B. digital) ermöglichen, Detailwissen aufzuzeigen.

Forderung 5: Die Sichtweise der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen- und MDK-Mitarbeiter sowie der Patienten muss stärker als bisher in die Formularentwicklung einbezogen werden. Nur so kann inhaltliche Klarheit gewährleistet werden, die für eine gute Ausfüllqualität und die nachfolgenden Bearbeitungsprozesse vonnöten ist.

Forderung 6: Abfragen dürfen sich nicht gegen das Arzt-Patienten-Verhältnis richten oder Zuständigkeiten einfordern, die nicht bei den Ärzten liegen.

Forderung 7: Das Formularwesen benötigt ein strukturiertes Monitoring der bestehenden „Formularprozesse“, um frühzeitig Anpassungsbedarf zu identifizieren und Veränderungen vorzunehmen. Hierfür braucht es eine adäquate Arbeitsstruktur innerhalb der GKV. Als dringendes Handlungsfeld ist der Hilfsmittelbereich zu analysieren, da zu diesem Thema die häufigsten formfreien Kassenanfragen gestellt werden, die für Ärzte, wie auch Krankenkassen bürokratisch belastend sind. Für den heute existierenden Hilfsmittelbereich gibt es keine adäquate Richtlinie mehr, auch sind Verordnungen generell auf dem Rezeptmuster 16 zu undifferenziert.

Forderung 8: Das Formularwesen stammt aus einer Zeit, in der es noch keine Datenverarbeitung gab. Nicht nur die Formulare selbst müssen systematisch überarbeitet werden, sondern auch die dahinterliegenden Bearbeitungsprozesse der Verordnung, Genehmigung und Abrechnung. Das im Abrechnungs- und Datenmanagement der Krankenkassen gesammelte Wissen über die alltäglichen Probleme, sollte systematisch zur Entwicklung eines schlanken Formularwesens genutzt werden. Das Formularlabor begrüßt die Vorgabe des E-Health Gesetzes, nach dem alle Formulare auf ihre Digitalisierbarkeit hin überprüft werden müssen. Aufgrund der enormen Komplexität und des dringend notwendigen Systemblicks, für den es insbesondere auch digitale Fachkompetenz braucht, sollte eine externe Prozessberatung mit dieser Aufgabe betraut werden. In einer alternden Gesellschaft müssen hier Aspekte der Benutzerfreundlichkeit mit bedacht werden.

Forderung 9: Bereits im G-BA muss bei der Richtlinienerstellung auf möglichst bürokratiearme Verfahren geachtet werden. Durch die Einbeziehung der Praxisebene können nicht realisierbare Vorstellungen oder vermeidbare Informationspflichten bereits vor Verabschiedung der Richtlinie ausgeschlossen werden. Hier könnte das Formularlabor als Beratungsgremium fungieren. Eine anschließende Erprobung in der Praxis über einen gewissen Zeitraum (Normerprobungsverfahren), wäre wünschenswert.

Sollte es keine Möglichkeit einer ex-anten Messung geben, muss man auf die ex-post Messung zurückgreifen. Hier wäre denkbar, Richtlinien nach einem festgelegten Zeitintervall (ein bis zwei Jahre) nochmals zu prüfen, in einer Art Evaluationsverfahren. Auch bei bereits ex-ante gemessenen Richtlinien wäre diese Lösung sinnvoll, um festzustellen, ob die vorher erwarteten Abläufe sich in der Praxis ebenfalls so darstellen.

Zudem sollte der Nationale Normenkontrollrat stärker in den Sozialversicherungssektor involviert werden.

Forderung 10: Es braucht klare Vergütungsregeln für das Ausfüllen von Formularen, die den Aufwand adäquat würdigen. Hierfür braucht es eine Differenzierung zwischen Bescheinigungen, Verordnungen und Anfragen.

Forderung 11: Zur Handhabbarkeit des Formularwesens braucht es grundsätzliche übergeordnete Formularprinzipien, wie insbesondere mit einer fortschreitenden Leistungsausdifferenzierung, Informationsverdichtung und Komplexität umzugehen ist. Darüber hinaus benötigen komplexe Sachverhalte einen größeren gesundheitspolitischen Reflexionsrahmen.

Forderung 12: Bürokratie darf nicht einfach geschehen, sondern muss gestaltet und gesteuert werden. Hierfür braucht es neue Arbeitsstrukturen in der Selbstverwaltung. Es braucht feste Verantwortliche auf Bundesebene, wie auch bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die das Formularwesen als Gesamtprozess verstehen und managen.

5 Fazit

Formulare können Spaß machen! Ohne die Freude an der gemeinsamen Auseinandersetzung um gute Lösungen und dem Voneinander-Lernen, wäre die (ehrenamtliche) Arbeit in den Arbeitsgruppen des Formularlabors Westfalen-Lippe nicht möglich. Den anderen verstehen zu wollen, seine Argumente nachzuvollziehen, sie gemeinsam ins Licht zu halten und eine von allen Seiten tragbare Lösung zu entwickeln, gelingt nur in einem wertschätzenden und kooperativen Miteinander.

Die Arbeit in den Formularlaboren hat Probleme in der Selbstverwaltung aufgedeckt und diese müssen angegangen werden, um die Bürokratiebelastung bei allen Beteiligten so gering wie möglich zu halten. Zu lange schon wird dem Formularwesen in der GKV nicht der Stellenwert eingeräumt, den es für eine schlanke Bürokratie braucht. Weder gibt es stringente und gut funktionierende Entwicklungs- und Monitoringprozesse, noch einen systematischen Blick auf das Formularwesen. Vor allem ist das Formularwesen angstbesetzt, da ein verändertes Kreuz bei den hohen Fallzahlen mächtige Auswirkungen haben kann, insbesondere dann, wenn es - wie derzeit - keine Zuständigkeit gibt, die in Fehlentwicklungen schnell eingreifen kann. Dieses führt dazu, dass die Praktikabilität oftmals juristischen Argumenten untergeordnet wird und diesbezüglich keine Verhältnismäßigkeit gelingt. Die Formularentwicklung wird auf Kassen- und Arztseite einzelnen fachspezialisierten Experten im (überwiegend) schriftlichen Stellungnahmeverfahren übertragen. So kann kein gerundetes Bild von hoch komplexen Sachfragen entstehen. Auch fehlt es an Erprobungsmöglichkeiten für neue Formulare, die nach Verabschiedung ohne Praxistest sofort tausendfach in Serie gehen. Ohne eine systematische externe Struktur- und Prozesserhebung können auch die neuen Informationstechnologien nicht zielgerichtet für Bürokratieentlastung sorgen. Allein mit juristischer Absicherungsbravour und verstreuten exzellenten Detailkenntnissen, lässt sich kein systemisch strukturiertes und praxisnahes Formularwesen planen und entwickeln.

Ohne einen kooperativen und dialogorientierten Ansatz, der das Formularwesen als übergreifenden Prozess sieht, werden auch nicht jene Fragen pro-aktiv anzugehen sein, die heute schon das Grundproblem sind: Wie sollen immer komplexere Details alltagstauglich umgesetzt werden? Sollen die Vordrucke immer länger sowie kästchen- und linienreicher werden? Wird man das Formularwesen weiterhin ohne jede Steuerung einfach so „geschehen“ lassen, was die eigentliche Ursache für den Wildwuchs und die ausufernde Bürokratie in der GKV ist?

Das Formularlabor Westfalen-Lippe fordert die Verantwortlichen in den Gremien der Bundesebene auf, das Thema Entbürokratisierung stärker in den Fokus zu setzen. Die im BMV-Ä skizzierten Vorgaben nach §36 Abs. 4 BMV-Ä⁷ müssen umgesetzt und die Praxisebene stärker in die Formularentwicklung einbezogen werden. Mit dem Zwischenbericht sind hierfür erste Schritte skizziert.

⁷ Die Partner des Bundesmantelvertrages werden die Vordrucke gemäß § 36 Abs. 3 in regelmäßigen Abständen auf ihre inhaltliche Richtigkeit sowie auf die Erforderlichkeit der anzugebenden Daten mit dem Ziel überprüfen, einen umfassenden, aber möglichst unbürokratischen Informationsfluss zu gewährleisten, um die Zahl formloser Anfragen von Krankenkassen auf das notwendige Maß zu begrenzen. Die Vertragspartner verständigen sich ferner auf geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von fehlerhaft bzw. unvollständig ausgefüllten Formularen, z.B. durch ein IT-gestütztes Qualitätsmanagement.

6 ANHANG

Anhang 1: Kategorisierung der Vordruckmappe

Kategorie	Anzahl	Nr. Muster	Name Mustervordruck
unbesetzte Vordruckpositionen	56	s. Liste	
Verordnungen / Anträge im Sinne einer Verordnung	14	02	Verordnung Krankenhausbehandlung
		04	Verordnung einer Krankenförderung
		08	Sehhilfenverordnung
		8A	Verordnung von vergrößernden Sehhilfen
		12	Verordnung häuslicher Krankenpflege
		13	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie)
		14	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
		15	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
		16	Arzneiverordnungsblatt
		18	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)
		26	Verordnung Sozialtherapie gem. § 37a SGB V
		56	Antrag Kostenübernahme für Rehabilitations-sport/Funktionstraining
		60	Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten
		61	Verordnung von medizinischer Reha
		63	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
Bescheinigungen / Atteste / Zeugnisse / Erklärungen	8	01	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
		03	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung
		09	Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten
		21	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes
		55	Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chron. Krankheit im Sinne des § 62 SGB V
		80	Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten
		81	Erklärung der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen
		85	Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gem. § 16 Absatz 3a SGB V

Anfragen	4	50	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
		51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers
		52	Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
		53	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten
Dokumentations- und Berichtsvordrucke	5	11	Bericht für den Medizinischen Dienst
		22	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
		30	Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung
		39	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Frauen zur präventiven zytologischen Untersuchung
		40	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennung Männer
Überweisungen	4	06	Überweisungsschein
		07	Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen.
		19	Notfall-/Vertretungsschein
		28	Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
Im Sinne eines Behandlungsplanes	5	20	Maßnahmen stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
		27	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V
		70	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V
		70A	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V
Sonstiges (Belege, Abrechnungsscheine, etc.)	3	05	Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie
		99	Beleg über die Zahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V
		99A	Beleg über die Zahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V

Anhang 2: Formfreie Anfragen

Inhaltlich besprochene Beispiele für spezifizierte Verordnungsinhalte zu Sauerstoffversorgung, Wechseldruckgeräten und Einlagen, die bei einer GKV-weiten Standardisierung noch in ein einheitliches Layout zu bringen wären.

Sauerstoffversorgung

☐ Cor pulmonale	☐ pulmonale Hypertonie	☐ (hypoxische) Polyglobulie
☐ Sonstige: _____		
Blutgasanalyse ohne Sauerstoff (arteriell, gemessen in der stabilen Phase der Erkrankung bzw. nach Rekompensation): pO ₂ _____ mmHg, pCO ₂ _____ mmHg, pH _____		
Blutgasanalyse mit Sauerstoff: pO ₂ _____ mmHg, pCO ₂ _____ mmHg, pH _____		
Aktuelle Blutgasanalyse liegt nicht vor, weil _____		
■ Wie hoch muss der Flow (Sauerstoffdurchfluss in Liter pro Minute) sein ? <i>in Ruhe</i> _____ l O ₂ /min / <i>unter Belastung</i> _____ l O ₂ /min		
■ Voraussichtliche durchschnittliche Nutzung des mobilen Systems in Stunden für die tägliche Mobilität außer Haus? Beruf _____ h Teilhabe _____ h		

Wechseldruckgeräte

Wurden bereits Lymphdrainagen durchgeführt?	☐ Ja	☐ Nein
Ist die kombinierte Anwendung des Wechseldruckgerätes und das Tragen von Kompressionsstrümpfen sichergestellt?	☐ Ja	☐ Nein
Ist eine regelmäßige Überwachung sichergestellt?	☐ Ja	☐ Nein
In welcher Frequenz soll die Therapie mit dem Wechseldruckgerät erfolgen?	_____ je Woche	
Warum kann die Anwendung nicht in der Praxis erfolgen?		

Bemerkungen:		

Einlagen

Welche Diagnosen (bitte in Langschrift) mit welchen funktionellen Auswirkungen auf die Geh- und Stehfunktion liegen vor?	

Ist Ihr Patient	☐ gehfähig ☐ stehfähig
Welche Fußdeformität liegt vor? Bitte geben Sie den Befund getrennt für jede Seite an	
links:	☐ Senk-/Spreizfuß ☐ Knickfuß ☐ Klumpfuß ☐ Spitzfuß ☐ Hackenfuß
rechts:	☐ Senk-/Spreizfuß ☐ Knickfuß ☐ Klumpfuß ☐ Spitzfuß ☐ Hackenfuß
Ist die Deformität kontrakt?	☐ ja ☐ nein (passiv korrigierbar)
Aus welchem Grund sind keine konfektionierten Einlagen einsetzbar?	

Anhang 3: Muster 4 – Das Transportwesen

Hier finden Sie weitere Ausführungen zu Gliederungspunkt 3.11.4 „Der Umgang mit Komplexität“.

- „Mit Taxi/ Mietwagen assoziiert man im Allgemeinen den "sitzenden" Transport. Kann der Patient "sitzen"?“
- „Kann der Patient nicht sitzend transportiert werden, schau ich, was denn sonst passt: Da fällt mir der KTW ins Auge. Aber was ist denn "Andere"? Kenn ich nicht, also kreuze ich den KTW an.“
- Verordner kennen nicht immer die Unterschiede zwischen einem KTW und einem Liegemietwagen (LMW), also qualifiziert/ nicht qualifiziert.
- Das Transportmittel ist zwingend durch den Arzt auszuwählen. Welche Erleichterung sich beim Ausfüllen ergibt, wenn statt eigener Felder für „RTW“ und „NAW“ das Feld „Andere“ dafür genutzt wird, ist nicht erkennbar.
- Rettungsfahrten sind allgemein nicht genehmigungspflichtig, wenn es sich um eine Primärrettung handelt, sofern sie über die Leitstellen laufen.
- „Die neuen Auswahlmöglichkeiten „Transport im Rollstuhl“ / „Tragestuhlwagen“ sind sehr gut, um eine wirtschaftliche Versorgung sicherstellen zu können.“
- „Bei der Option „Transport im Rollstuhl“ gehen wir davon aus, dass der Patient nicht umsetzbar ist?! In Berlin gibt es keine liegend Transporte im BTW/TSW Bereich. Dies müssten wir dann individuell per KTW sicherstellen.“
- „Vielleicht empfiehlt es sich unter „Andere“ kleingedruckt in Klammern Beispiele anzuführen z.B. Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), Intensivtransportwagen (ITW), AV.“
- „Muss ein Patient liegend transportiert werden, kreuzt der Verordner zu häufig den KTW und damit ein sehr kostenintensives Transportmittel an, obwohl es andere dafür gibt.“
- Zu 2.: Das Kästchen „Transport im Rollstuhl“: Angabe „Mietwagen“ ist im Entwurf nicht mehr vorhanden. Nun ist ein Rollstuhltransport z.B. im Mietwagen und auch im Krankentransportwagen möglich. Völlig unklar ist, ob unter 2. maximal ein Feld angekreuzt werden darf/soll. Aus systematischen Gründen kann nur ein Feld angekreuzt werden.
- Die Angaben zur ggf. notwendigen medizinisch-technischen Ausstattung wären damit entbehrlich, da das gewählte Transportmittel diese impliziert. Für den KTW ist eine weitergehende Begründung anzugeben. Hierbei kann es letztlich meist nur um die „med.-fachl. Betreuung“ gehen, die auch als Auswahlfeld angegeben werden könnte. Aus Sicht der Kasse ist es wichtig, den Unterschied zwischen „einfacher Krankenfahrt“ und „Krankentransport“ deutlich herauszustellen. Die Beförderungsmittel könnten vielleicht so gestaltet werden:

Krankenfahrt gemäß § 7 KTRL	Krankentransport gemäß § 6 KTRL	Rettungsfahrten gemäß § 5 KTRL
☐ Taxi/Mietwagen sitzend	☐ Krankentransportwagen (KTW)	☐ Rettungswagen (RTW)
☐ Mietwagen nicht umsetzbar aus Rollstuhl	Begründung des Beförderungsmittels	☐ Notarztwagen (NAW)
☐ Mietwagen Tragestuhl/Liegend	_____	☐ Notarzteinsetzfahrzeug (NEF)

- Der Begriff „ambulante Operation“ hat sich etabliert. Inwieweit eine Verbesserung des Ordnungsverhaltens durch eine Änderung in „stationersetzender Eingriff“ erreicht wird, ist fraglich. Die Angabe des OPS-Codes bzw. der EBM-Ziffer könnte das Prüfgeschäft theoretisch positiv beeinflussen – wenn die Angabe denn regelmäßig zutreffend gemacht wird. Wenn man jedoch davon ausgeht, dass Ärzte die Verordnung nur ausstellen, wenn der Anspruch auf Fahrkosten wegen der „ambulanten Operation“ / des „stationersetzenden Eingriffs“ tatsächlich besteht, bringt der OPS-Code / die EBM-Ziffer keine zusätzliche Er-

kenntnis. Aus unserer Sicht ist es daher zwingender / zielführender, die Vordruckerläuterungen klarer zu fassen, um Fehlverordnung zu vermeiden.

- Einzelfahrt im KTW: Eine gesonderte Zeile für diese Fahrten erscheint entbehrlich. Dies gilt dann, wenn der Fahrweg – siehe weiter unten – anzugeben ist. Eine Einschätzung über die Häufigkeit dieser „Einzelfahrt im Krankentransportwagen“ ist nicht ohne weiteres zu treffen. Konkret handelt es sich dabei um alle Fahrten, die nicht unter die Fallkonstellationen „Genehmigungsfreie Fahrten“ und die übrigen „Genehmigungspflichtigen Fahrten“ fallen. In der Regel handelt es sich dabei also um (einzelne) Fahrten zur ambulanten ärztlichen / zahnärztlichen Behandlung, bei denen die Voraussetzungen nach § 6 der KrTr-RL erfüllt sind.
- Die Angabe des Zeitraums für die Konstellation 2 „Dauerhafte Mobilitätseinschränkung“ ist nicht zwingend erforderlich. Wenn eine Mobilitätseinschränkung tatsächlich dauerhaft ist, ist die Angabe eines Zeitraums nur bedingt sinnvoll. Zumal der Nachweis der Mobilitätseinschränkung in Form einer Pflegestufe bzw. eines Merkzeichens bereits einen ausreichenden Hinweis über die Dauer der Einschränkung gibt.
- Vergleichbare Ausnahmefälle: Es handelt sich – wie der Begriff schon sagt – um Ausnahmen, die eher selten vorkommen, auch wenn es keine konkreten Zahlen gibt. Aus diesem Grund müssen die Auswahlmöglichkeiten nicht zwingend im Muster vorgehalten werden. Im Fall der Fälle wäre ohnehin eine weitergehende ärztliche Begründung erforderlich, wofür das Muster 4 keinen Raum bietet (Antrag / Verordnung in freier Form).
- Das Streichen der Felder zur „Zuzahlungspflicht/-frei“ ist bedenklich. Bei Mietwagen / Taxi ist grundsätzlich eine Genehmigung erforderlich, aber eben auch nicht immer. Erfahrungsgemäß zieht der Leistungserbringer direkt im Fahrzeug die Zuzahlung vom Patienten ein. Der Patient muss seine Befreiungskarte dabei haben. Ein Hinweis auf der Verordnung würde das Prozedere erleichtern.
- In der überwiegenden Zahl der Fälle erfolgt eine regelmäßige Prüfung (z.B. einmal im Jahr) vor, inwieweit die Voraussetzung „mobilitätseingeschränkt“ (weiterhin) zutrifft. Ist dies der Fall, wird eine Genehmigung für einen längeren Zeitraum versichertenbezogen ausgestellt, so dass nicht jede einzelne Verordnung für eine einzelne Fahrt zur Genehmigung eingereicht werden muss. Liegt den Versicherten eine solche Genehmigung bereits vor, werden Verordnungen für Fahrten innerhalb des Genehmigungszeitraums erst zur Abrechnung bei der Kasse eingereicht.
- Der Absatz d) erscheint nicht vollständig. Da ist nur von der Mobilitätseinschränkung und der Behandlungsfrequenz die Rede, nicht von der in den Krankentransportrichtlinien erwähnten Voraussetzung, dass eine „Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist“. „Nur“ weil jemand eine Mobilitätseinschränkung hat (bspw. gebrochenes Bein), liegt noch keine Gefahr für Leib und Leben vor.
- In der Praxis kommt es häufig vor, dass Verordnungen über nicht genehmigungspflichtige Fahrten (KHB, ambulante OP) vorgelegt werden. Eine entsprechende Abgrenzung zu den genehmigungspflichtigen Fahrten auf dem Formular wäre zur Minimierung des Verwaltungsaufwandes für alle sinnvoll.
- Im Rahmen der Verordnung für eine stationäre Behandlung fehlt häufig der Name des Krankenhauses im Feld "andere Beförderungswege". Dies erschwert die Prüfung bezüglich nächsterreichbarer Behandlungsstätte. Evtl. ist es sinnvoll, das Formular so abzuändern, dass bei einer Fahrt ins Krankenhaus ein Feld eingefügt wird mit "Namen des Krankenhauses".
- In Berlin reicht zur Abrechnung eines Rettungseinsatzes das Rettungsdienstprotokoll. In Brandenburg wird für jeden Rettungseinsatz eine ärztliche Verordnung eingereicht. Es wird beim Ausstellen zwischen RTW bzw. NAW unterschieden. Es gibt in Brandenburg für den

erforderlichen NAW eine eigene Gebühr. In der Regel kommt es „nur“ zum Einsatz eines RTW inkl. Rettungsassistenten/ Notfallsanitäter. Es obliegt dann ggf. den entsprechenden Erläuterungen zum Muster 4 und den Prüfanweisungen, hier den - sofern angezeigten - NAW/ NEF-Einsatz ohne explizierte Verordnung für die Abrechnung bundeseinheitlich zu akzeptieren.

- Die Ausführungen „Abrechnungsdaten des Leistungserbringers“ auf der Rückseite könnten entfallen. Die Rechnungslegung erfolgt i.d.R. per DTA und zusätzlich mit entsprechenden Rechnungen, die diese Angaben enthalten.
- Leider existiert immer noch unter dem Begriff Krankentransportwagen (KTW) das Verständnis eines „normalen“ Krankentransportes. Der KTW verfügt über *medizinisch-fachliches Betreuungspersonal*. Dies ist nicht immer zwingend notwendig. Hier wäre eine Ergänzung (*kleingedruckt in Klammern?*) wünschenswert.
- Die Richtlinien weisen darauf hin, dass die Aufzählung der Chemo- und Strahlentherapie nicht abschließend ist und andere Fallkonstellationen möglich sind. Dafür bedarf es der Möglichkeit der Angabe auf Muster 4 in der Rubrik zur ambulanten, hochfrequenten Behandlung. Ansonsten müssen die Kassen derartige Angaben mit separatem Schriftgut hinterfragen.
- Es gibt häufig Probleme, wenn der Arzt im Rahmen einer ambulanten Behandlung Fahrkosten verordnet und es sich um einen vergleichbaren Ausnahmefall oder vergleichbare Diagnose handelt. In der Regel lehnt der MDK diese Fälle ab, da die Behandlungsfrequenz nicht erreicht wird oder es sich nicht um eine vergleichbare Diagnose handelt, die eine Kostenübernahme rechtfertigt.

Anhang 4: Hilfsmittelverzeichnis



Hilfsmittelverzeichnis

Übersicht über die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses. Per Klick auf das Lupensymbol werden die jeweiligen Details zur ausgewählten Ebene (bspw. Produktgruppendedetails) angezeigt. Ein Klick auf das Symbol zeigt die Gliederung der Produktgruppe. Die weitere Auswahl erfolgt durch sukzessive Tabellenzeilenklicks auf die Bezeichnungen der Auswahl- und Ergebnistabelle (Produktgruppenbezeichnung->Anwendungsortbezeichnung->Produktuntergruppenbezeichnung).

Produktgruppen		
Gruppe	Bezeichnung	
01	Absauggeräte	
02	Adaptionshilfen	
03	Applikationshilfen	
04	Badehilfen	
05	Bandagen	
06	Bestrahlungsgeräte	
07	Blindenhilfsmittel	
08	Einlagen	
09	Elektrostimulationsgeräte	
10	Gehhilfen	
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	
13	Hörhilfen	
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	
15	Inkontinenzhilfen	
16	Kommunikationshilfen	
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	
18	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge	
19	Krankenpflegeartikel	
20	Lagerungshilfen	
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	
22	Mobilitätshilfen	
23	Orthesen/Schienen	
24	Prothesen	
25	Sehhilfen	
26	Sitzhilfen	
27	Sprechhilfen	
28	Stehhilfen	
29	Stomaartikel	
30	Nicht besetzt	
31	Schuhe	

32	Therapeutische Bewegungsgeräte	
33	Toilettenhilfen	
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	
52	Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität	
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
98	Sonstige Pflegehilfsmittel	
99	Verschiedenes	

CC:	Betreff:	PG 31
PG 31.03.01.3 Orthopädische Badeschuhe		
PG 31.03.01.4 Orthopädische Interimsschuhe		
PG 31.03.02.0 Zusatzarbeiten an der Sohle		
PG 31.03.02.2 Zusatzarbeiten bei Beinorthese		
PG 31.03.02.3 Zusatzarbeiten an der Hinterkappe		
PG 31.03.02.4 Zusatzarbeiten zur Bodenversteifung		
PG 31.03.02.5 Zusatzarbeiten am Blatt - Futter - Schaft		
PG 31.03.02.6 Zusatzarbeiten bei Beinlängendifferenz		
PG 31.03.02.7 Zusatzarbeiten für Fußbettung und -entlastung		
PG 31.03.03.0 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung		
PG 31.03.03.1 Stabilisationsschuhe bei Achillessehnenbeschädigung		
PG 31.03.03.2 Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen		
PG 31.03.03.3 Verbandsschuhe (Kurzzeit)		
PG 31.03.03.4 Verbandsschuhe (Langzeit)		
PG 31.03.03.5 Fußteilentlastungsschuh		
PG 31.03.03.6 Korrektursicherungsschuhe		
PG 31.03.03.7 Schuhe über Beinorthese		
PG 31.03.03.8 NN (geplante Produktart: Höhenausgleichsschuhe		
PG 31.03.04.1 Arbeiten zur Schuherhöhung		
PG 31.03.04.2 Arbeiten an der Sohle		
PG 31.03.04.3 Arbeiten zur Entlastung, Stützung, Polsterung und Schafterhöhung		
PG 31.03.05.2 Bettungsarbeiten		
PG 31.03.05.1 Bodenarbeiten		
PG 31.03.05.3 Schaffarbeiten		
PG 31.03.05.4 Sohlenarbeiten		
PG 31.03.06.0 Leisten für orthopädische Maßschuhe		
PG 31.03.07.0 Diabetes adaptierte Fußbettungen für orthopädische Schuhe nach Maß oder konfektionierte Schuhe		
PG 31.03.08.0 NN (geplante Produktart: konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker)		
PG 31.99.99.0 Sonderarbeiten		
Konfektionsschuhe, Bequemsschuhe, Gesundheitsschuhe		

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund
Tel.: 0231 94 32 0
FAX: 0231 94 32 55 55

Redaktion:

Sonja Laag, BARMER GEK
Oliver Volckmer, KVWL
Michaela Sobczak, KVWL

Druck:

KVWL

Juni 2016