



Verordnungswesen im Entlassmanagement

*24. Frühjahrstagung der AG Medizinrecht
Arbeitsgruppe Krankenhausrecht*

19.04.2024

Alexander Korthus

Rechtsanwalt, LL.M. - Medizinrecht
stv. Geschäftsbereichsleiter GB-Z Recht

- Lehrbeauftragter der Westfälischen Wilhelms Universität, Münster

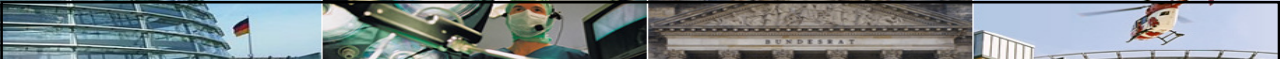
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel.: 030/39801-1410
Fax: 030/39801-3410
a.korthus@dkgev.de
www.dkgev.de



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

1



Agenda

- Kurze Übersicht über die Rechtsgrundlagen
- Vordruckmuster
- Verordnungspflicht vs. Verordnungsrecht
- Erforderlichkeit von Verordnungen
- Umfang von Verordnungen
- Verordnungszeitpunkt
- Ausstellungszeitpunkt der Verordnung
- Verordnungsbefugnis
- Standortkennzeichen vs. BSNR
- Übergangspflege nach § 39e SGB V
- Wirtschaftlichkeitsprüfung (Ausblick)

© RA Alexander Korthus



2



Rechtsgrundlagen

§ 39 Abs. 1a SGB V

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten **beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung**. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. **Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind**, insbesondere die Leistungen nach den § § 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. **Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können** die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten **Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen**; [...]

© RA Alexander Korthus



3



Rechtsgrundlagen

§ 39 Abs. 1a SGB V

[...] hierfür **gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung** mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem **kleinsten Packungsgrößenkennzeichen** gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von **bis zu sieben Tagen** verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der **Gemeinsame Bundesausschuss** bestimmt in den **Richtlinien** nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem **Rahmenvertrag**. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. [...].

© RA Alexander Korthus



4



Rechtsgrundlagen

Normentrias des Entlassmanagements, bestehend aus

- dem **Sozialgesetzbuch V**,
- den **Richtlinien des G-BA** zum Verordnungswesen sowie
- dem **Rahmenvertrag** zwischen GKV-SV, KBS und DKG.
 - Der Rahmenvertrag wurde nach Scheitern der Verhandlungen zwischen GKV-SV, KBV und DKG am 13.10.2016 durch das **erweiterte Bundesschiedsamt** gegen die Stimmen der DKG festgesetzt.
 - Seit dem wird er durch **Änderungsvereinbarungen** regelmäßig aktualisiert.
 - Aktuell in der Fassung der 11. ÄndV; die 12. ÄndV wird gerade abgestimmt.

© RA Alexander Korthus 

5



Vordruckmuster

- Verwendung vertragsärztlicher Verordnungsmuster ist verbindlich.
- Im Wesentlichen folgende Muster:
 - **Muster 1:** Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
 - **Muster 4:** Krankentransport
 - **Muster 8:** Sehhilfenverordnung
 - **Muster 12:** Verordnung häuslicher Krankenpflege
 - **Muster 13:** Heilmittelverordnung
 - **Muster 15:** Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
 - **Muster 16:** Arzneiverordnungsblatt (auch bei Hilfsmitteln)
 - **Muster 26:** Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V
 - **Muster 27:** Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V
 - **Muster 28:** Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
 - **Muster 62a-c:** Verordnung außerklinischer Intensivpflege
 - **Muster 63:** Verordnung von SAPV

© RA Alexander Korthus 

6



Vordruckmuster

- Vordrucke gemäß **Vordruckvereinbarung (Anlage 2 zum BMV-Ä)**.
- **Kennzeichnung** als Verordnung aus Entlassmanagement erforderlich zur Abgrenzbarkeit von vertragsärztlichen Verordnungen, auch für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- **§ 6 Abs. 6 RahmenV:**
 - Kennzeichnung **bei Bedruckung**: das Kennzeichen „04“ bzw. „14“ ist an der 29 und 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes einzutragen.
 - Kennzeichnung **bei eRezept/eAU**: das Datenfeld „Kennzeichen Rechtsgrundlage“ mit dem Wert „04“ bzw. „14“ einzutragen.
 - Wasserzeichen „Entlassmanagement“ **mit Ausnahme der amtlichen Verordnungsvordrucke** (z.B. BtM-Rezepte oder T-Rezepte). Dort reicht die Kennzeichnung im Personalienfeld (s.o.) aus.

© RA Alexander Korthus



7



Vordruckmuster

- **§ 4 Abs. 4 RahmenV:**
 - Krankenhäuser haben zu gewährleisten, dass der Krankenhausarzt die erforderlichen Verordnungen und Bescheinigungen **vollständig und korrekt** vornimmt.
- Unrichtige oder unvollständige Verordnungen werden von den Apotheken und Sanitätshäusern etc. **zurückgewiesen**.

Gemeinsame Ausfüllhinweise von GKV-SV, KBV, DKG und DAV.

© RA Alexander Korthus



8

Ausfüllhinweise zu Arznei- und Hilfsmittelverordnungen im Entlassmanagement (Muster 16)

Allgemeine Hinweise

- Nur Vordrucke mit Kennzeichnung „Entlassmanagement“ verwenden
- Keine** Aufkleber (z. B. Patientenetiketten) verwenden
- Keine** Mischrezepte; Arzneimittel und Hilfsmittel **separat** verordnen
- Max.** drei Arznei- oder Hilfsmittel pro Rezept, **max.** eine Rezeptur (nur Vorderseite des Muster 16 verwenden)
- Handschriftliche Änderungen bedürfen der zusätzlichen Unterschrift des Facharztes mit Datumsangabe.

Pflichtfelder (diese Felder sind immer auszufüllen)

- „Krankenkasse bzw. Kostenträger“: nur gesetzliche Krankenkassen, **keine** Verordnung zu Lasten anderer Kostenträger, z. B. BG
- Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Patienten
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- „Status“: an letzter Stelle der Zeile mit Kennzeichen „4“ befüllen (Änderung ab 01.07.2018: Leerstellen mit Nullen befüllen, z. B. 1000004)
- „Betriebsstättennummer“: versorgungsspezifische BSNR des Krankenhauses eintragen, diese beginnt mit 75 und muss mit der BSNR in der Codierliste übereinstimmen
- „Arztnummer“: bis zur Einführung der Krankenhausarzt Nummer hier Pseudo-Arzt Nummer (4444444XX) mit Fachgruppencode eintragen
- Ausstellungsdatum, muss mit Entlassdatum übereinstimmen (Ausnahme: Regelung ausschließlich bei einigen Hilfsmitteln)
- Bei Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld Hilfsmittel mit der „7“ zu kennzeichnen
- „Vertragsarztstempel“: Vorname, Name, Berufsbezeichnung des verordnenden Facharztes; Telefonnummer der Organisationseinheit; vollständige Anschrift des Krankenhauses, BSNR und Arzt Nummer entsprechend den regionalen Vorgaben
- Eigenhändige Unterschrift des verordnenden Facharztes (Im Ausnahmefall kann bei fehlendem Facharztstatus die Verordnung unter fachärztlicher Aufsicht/Anleitung getätigt werden; dann „j. V.“ und Vorname, Name und Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes angeben)
- Entweder „Gebühr frei“ oder „Gebührenpflichtig“ ankreuzen („Gebühr frei“ i. d. R. nur bei Patienten unter 18 Jahren und Patienten mit Bescheinigung der Zahlungsbefreiung)
- Verordnungsfeld (s. u. Hinweise zu Arznei- und Hilfsmitteln)

Bei der Verordnung von **Arzneimitteln** ist zu beachten:

- Verordnungsfeld: Bezeichnung des Wirkstoffes oder des Fertigarzneimittels einschließlich Wirkstärke und Darreichungsform
- Es dürfen ausschließlich Packungen mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen (i. d. R. **N1**) verordnet werden.
- Rezepturen inkl. Gebrauchsanweisung angeben, Reichtdauer 7 Tage
- aut-ide-m: Feld i. d. R. nicht ankreuzen, bei der Verordnung unter Fertig-arzneimittelnamen nur ankreuzen, wenn die Apotheke nur das namentlich verordnete Präparat abgeben soll.
- Keine Verwendung zur Verordnung von Betäubungsmitteln und Sonder-verschreibungen (T-Rezepte)

Bei der Verordnung von **Hilfsmitteln** ist zu beachten:

- Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln entsprechende Gebindegröße für den Verordnungszeitraum (**max. 7** Kalendertage) angeben.
- Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln erfolgt **keine** Begrenzung des Verordnungszeitraumes.
- Angabe der Diagnose im Verordnungsfeld

9

Verordnungspflicht vs. Verordnungsrecht

- Sind Krankenhäuser nach § 39 Abs. 1a S. 8 SGB V **verpflichtet**, im Rahmen des Entlassmanagements Verordnungen vorzunehmen?
- § 39 Abs. 1a S. 8 SGB V:** Krankenhäuser „*können*“ Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements vornehmen.
- Spricht **gegen** eine allgemeine Verordnungspflicht und **für** eine Ermessensentscheidung der Krankenhäuser.
- Andererseits hätte es gesetzlich einer verpflichtenden Regelung bedurft, wie z.B. „...haben die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a SGB V und die in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen zu verordnen und Arbeitsunfähigkeit festzustellen...“.
- Diese Formulierung hat der Gesetzgeber indes nicht gewählt.
- Ermessen kann jedoch „**auf Null reduziert**“ sein. Stets Einzelfallfrage.

10



Erforderlichkeit von Verordnungen

§ 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V

- Krankenhäuser dürfen nur dann Verordnungen tätigen bzw. Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen, „**soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist.**“
- **„Erforderlichkeit“ nach § 39 Abs. 1 SGB V:** Versicherte haben lediglich dann Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn das Behandlungsziel nicht auf andere Art und Weise erreicht werden kann.
- **Daher:** Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements nur zulässig, wenn die Versorgung des Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht auf andere – wirtschaftlichere – Art und Weise sichergestellt werden kann.
 - dann der Fall, wenn z.B. Patient ist nach Entlassung selbst in der Lage wäre, rechtzeitig den nachsorgenden Vertragsarzt aufzusuchen, um von diesem die notwendigen Leistungen verordnet zu bekommen.

© RA Alexander Korthus



11



Erforderlichkeit von Verordnungen

- Weitere Konkretisierungen in den Richtlinienbestimmungen des G-BA.
- **Tragende Gründe der G-BA-Richtlinien:** „Erforderlichkeit“ kann sich sowohl an medizinischen als auch an organisatorischen Aspekten orientieren.
 - **Medizinische Aspekte:** insbesondere die therapie-, indikations- oder heilmittelspezifische Erforderlichkeit einer nahtlosen Versorgung unmittelbar nach der Entlassung.
 - **Organisatorische Aspekte:** Mit Blick auf den notwendigen Umfang der Weiterversorgung und die Morbidität sowie der psychosozialen Situation des Patienten soll bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung insbesondere berücksichtigt werden, ob der Patient in der Lage ist, einen weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig zu erreichen, so dass keine Versorgungslücken entstehen.
- Umsetzung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der Praxis oftmals schwierig, auch bedingt durch eine entsprechende Erwartungshaltung der Patienten.

© RA Alexander Korthus



12



Verordnungsumfang von Arzneimittelverordnungen

§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

- Arzneimittel dürfen **grundsätzlich** nur mit dem **kleinsten Packungsgrößenkennzeichen** verordnet werden.
- **Ausnahmen gem. § 9 Abs. 2 AM-RL**
 - Es wurde vom DIMDI **keine Messzahl** für das Packungsgrößenkennzeichen N1 **vergeben**. Dann ist auf das kleinste vergebene Packungsgrößenkennzeichen (N2 oder N3) auszuweichen.
 - Wenn durch das DIMDI eine Messzahl für das Packungsgrößenkennzeichen N1 vergeben wurde, aber **keine N1-Packung in Verkehr** ist, kann eine Packung verordnet werden, deren Packungsgröße die Größe einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung **nicht überschreitet**.
 - **Kein** regelhaftes Ausweichen auf die nächstgrößere Packung zulässig.

© RA Alexander Korthus



13



Arzneimittelverordnung vs. Mitgabe

- Mitgabe von Arzneimitteln ist nach **§ 14 Abs. 7 ApoG** ausschließlich zur Überbrückung eines Wochenendes oder Feiertages zulässig.
- **§ 8 Absatz 3a Satz 5 AM-RL**: Mitgabe ist vor einem Wochenende bzw. Feiertag gegenüber einer Verordnung insbesondere **dann vorrangig**, sofern mit der Menge mitgegebenen Arzneimittel (d.h. 2 bzw. 3 Tage) die erforderliche Arzneimitteltherapie des Patienten abgeschlossen werden kann.
 - **Beispiel**: Ein Patient wurde im Rahmen einer einwöchigen Antibiotikatherapie bereits 5 Tage stationär versorgt, und nach Entlassung sind noch 2 Tage offen, die sich über ein Wochenende oder einen Feiertag erstrecken.

CAVE Betäubungsmittel

- **Eingeschränkte Mitgabe** nach § 13 Abs 1a BtMG, d.h. Mitgabe nur an ambulant versorgte Palliativpatienten. Außerdem nur mit BtM-Rezept und nicht aus dem Stationsbedarf, sondern über die KH-Apotheke oder versorgende Apotheke (interne Verschreibung).
- **Verordnung** erfolgt mittels BtM-Rezept.

© RA Alexander Korthus



14



Weitere Verordnungsbeschränkungen bei Arzneimitteln

- **Verordnungsausschlüsse** gelten:
 - nicht apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
 - Apothekenpflichtige aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel - sog. OTC-Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 SGB V)
 - Ausnahme: Kinder bis 12 Jahre und Jugendliche bis 18 Jahre mit Entwicklungsstörungen.
 - verschreibungspflichtige Arzneimittel bei geringfügigen Gesundheitsstörungen - sog. Bagatell-Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V),
 - Lifestyle Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V).
- Im Zweifel vorher die AM-RL konsultieren.

© RA Alexander Korthus



15



Verordnungsumfang bei sonstigen Verordnungen

§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

- Sonstige Leistungen dürfen **grundsätzlich** nur für einen Zeitraum von **bis zu sieben Kalendertagen** verordnet und Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden.
- Betrifft im Wesentlichen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit etc.
- Verordnung dient ausschließlich zur **Überbrückung einer Übergangsphase** von der stationären zur ambulanten Versorgung.
- **Daher:** Der Umfang der jeweils zu verordnenden Leistung(en) ist so zu bemessen, dass der nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V vorgegebene Überbrückungszeitraum von max. sieben Tagen **nicht** überschritten wird.
- **Ausnahme DiGA:** keine Geltung der 7-Tages-Grenze mangels Verweis in § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V; überdies durchschnittliche Nutzungsdauer von 90 Tagen.

© RA Alexander Korthus



16



Sonderregelungen zum Verordnungsumfang

Konkretisierungen nach § 6a HM-RL

- **Zum Verbrauch** bestimmte Hilfsmittel, z.B. Bandagen etc.
 - Versorgungszeitraum grundsätzlich **bis zu sieben Kalendertagen** nach Entlassung verordnet werden.
 - Ist keine entsprechende Gebindegröße am Markt verfügbar, kann auf die nächstgrößere Gebindegröße ausgewichen werden.
- **Nicht zum Verbrauch** bestimmte Hilfsmittel, z.B. Pflegebett, Rollstuhl, Beatmungsgerät etc.
 - Anforderlichkeit besteht für länger als sieben Kalendertage, daher **keine zeitliche Begrenzung** der Verordnungsdauer.
- Außerdem i.d.R. **keine Anforderlichkeit** der Verordnung bei Hilfsmitteln, die einer **individuellen Anfertigung** und einer **ärztlichen Nachkontrolle** nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind, z.B. Prothesen etc.

© RA Alexander Korthus



17



Verordnungszeitpunkt allgemein

§ 6 Abs. 3 RahmenV

- das **Tagesdatum** auf dem Vordruck muss mit dem **Ausfertigungsdatum** übereinstimmen.
- die Ausfertigung der Verordnung muss somit grundsätzlich am **Entlassungstag** erfolgen.
- Führt zu **erheblichen Einschränkung** in den administrativen Abläufen der Entlassung.
- **Ausnahmen zulässig** im Hilfsmittelbereich und der außerklinischen Intensivpflege.

© RA Alexander Korthus



18



Verordnungszeitpunkt Hilfsmittel und AKI

- **Hilfsmittel**
 - Bei Hilfsmitteln, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Entlassung benötigt werden, z.B. Beatmungsgerät oder Pflegebett etc., ist die Verordnung **vor dem Entlassungstag** zulässig.
 - Neben dem Ausfertigungsdatum ist dann das **voraussichtliche Entlassdatum** auf der Verordnung anzugeben, **§ 6 Abs. 3 RahmenV.**
- **Außerklinische Intensivpflege**
 - Erforderlichkeit der AKI muss durch Krankenhaus festgestellt werden und Information der Krankenkassen mindestens 14 Tage vor Entlassung, **§ 10 Abs. 1 AKI-RL i.V.m. § 4 Abs. 6 RahmenV.**
 - Verordnung möglich ab der Feststellung der Erforderlichkeit der AKI; Datum der voraussichtlichen Entlassung angeben, **§ 6 Abs. 3 RahmenV.**

© RA Alexander Korthus 

19



Verordnungsbefugnis

Wer darf im Krankenhaus Verordnungen ausstellen?

§ 4 Abs. 4 RahmenV

„Das **Verordnungsrecht** **kann** durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.“

§ 39 Abs. 1a SGB V

„[...] hierfür gelten die Bestimmungen über die **vertragsärztliche Versorgung**.“

- vertragsärztliche Weiterbildungsassistenten dürfen in den Praxen verordnen.
 - Stempel des Ausbilders, z.B. nach § 1 Abs. 2 Stempelordnung Thüringen.
- Gilt somit auch für EM-Verordnungen durch KH-Ärzte ohne Facharztstatus.
- Fachärztliche **Aufsicht bzw. Anleitung** und besonderer Kennzeichnung (i.A. oder i.V.) erforderlich.
 - Vorgaben der jeweiligen KVen sind zu beachten.

© RA Alexander Korthus 

20



Verordnungsbefugnis

Umsetzung in der Praxis

- Ttigt ein Krankenhausarzt ohne Facharztstatus eine Verordnung, werden diese nach den vertragsärztlichen Vorgaben ausgefllt und unterzeichnet.
- **Problem:** Akzeptanz von Assistenz-Verordnungen in Apotheken ist unterschiedlich.
- **Daher:** Eine entsprechende Regelung im RahmenV wäre sachgerecht; GKV-SV sperrt sich hierzu jedoch.
- Klarstellung bei Ausstellung von **eRezepten** durch KBV bereits erfolgt (vgl. [KBV - eRezept-Serie Teil 3: Wer das eRezept ausstellen und signieren darf](#)).

© RA Alexander Korthus 

21



Praxisnachrichten

KBV aus 09/2023

eRezept-Serie Teil 3: Wer das eRezept ausstellen und signieren darf

07.09.2023 – Bei allen Verordnungen muss klar sein, wer sie ausgestellt und unterschrieben hat. Beim elektronischen Rezept ist das nicht anders, es wird nur digital signiert. Welche besonderen Regeln beim Ausstellen von eRezepten dennoch zu beachten sind, erfahren Ärztinnen und Ärzte im dritten Teil der eRezept-Serie.

Die sogenannte qualifizierte elektronische Signatur (QES) ist Pflicht für alle digitalen Verordnungen. Sie ersetzt die analoge Unterschrift und sorgt für Rechtssicherheit, da sie eindeutig zuzuordnen ist. Ärztinnen und Ärzte benötigen dafür zwingend einen persönlichen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und die dazugehörige Signatur-PIN. Der eHBA darf nicht von verschiedenen Personen einer Praxis verwendet werden. Verordnende und signierende Person müssen identisch sein.

Weiterbildungsassistenten dürfen eRezepte ausstellen

Dies gilt auch für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten. Sie dürfen eRezepte ausstellen, und auch sie müssen diese mit ihrem eigenen eHBA signieren. Voraussetzung für das Ausstellen von Rezepten ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Beschäftigung der Weiterbildungsassistenz genehmigt hat und die weiterbildende Person in derselben Praxis tätig ist. Diese ist für die Verordnung verantwortlich. Entsprechend muss sie das Ausstellen von eRezepten in der Weiterbildung ordnungsgemäß anleiten und beaufsichtigen.

Stellt ein Arzt in Weiterbildung ein eRezept aus, so muss dieser als ausstellende Person nach den Vorgaben der Arzneimittelverschreibungsverordnung namentlich im eRezept hinterlegt sein. Da es sich aber um eine Leistung des Vertragsarztes handelt, der die Weiterbildungsbefugnis hat, muss dessen LANR im eRezept enthalten sein.

Für die Weiterbildungsassistentin oder den Weiterbildungsassistenten kann eine LANR zusätzlich aufgenommen werden. Dies ist aber keine Pflicht.

© RA Alexander Korthus 

22



Standortkennzeichen vs. BSNR

§ 7 Abs. 4 RahmenV

„Ab dem 01.07.2023 ist **anstelle der versorgungsspezifischen Betriebsstättennummer (BSNR) das Standortkennzeichen** gemäß § 293 Absatz 6 SGB V [...] bei der Verordnung von Leistungen [...] sowie zur Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit [...] zu verwenden. [...]. Sollten die notwendigen technischen Voraussetzungen [...] noch nicht zur Verfügung stehen, darf abweichend von Satz 1 die versorgungsspezifische BSNR **bis zum 31.12.2023** weiterverwendet werden; [...].“

- **Gleichzeitige Verwendung** von entweder BSNR oder Standortkennzeichen war zum 31.12.2023 möglich.
- Die **einheitliche Verwendung** von jedem dieser Kennzeichen ist sicherzustellen.
- **Neue Vordrucke** mit Standortkennzeichen in Kodierleiste müssen beschafft und können offensichtlich nun auch geliefert werden.
- Allerdings...

© RA Alexander Korthus 

23



Standortkennzeichen vs. BSNR

- Die Einzelheiten zur Abgabe von Arzneimitteln an gesetzlich versicherte Patienten durch niedergelassene Apotheken ist Gegenstand des **Rahmenvertrages nach § 129 SGB V** zwischen dem GKV-SV und den Apothekerverbänden.
- Dessen **Anlage 8** regelt die Arzneimittelversorgung im Entlassmanagement und definiert eine Verordnung im Entlassmanagement dann als „ordnungsgemäß“ im Sinne des Vertrages, **wenn diese die BSNR in der Kodierleiste enthält.**
- Gefahr besteht, dass Verordnungen im Entlassmanagement von den Apotheken als unzulässig zurückgewiesen werden, um Retaxationen zu vermeiden.
- Bislang ist **keine konsensuale Anpassung** des Rahmenvertrages GKV-SV – DAV erfolgt.
- GKV-SV beabsichtigt **Anrufung der Schiedsstelle**. Zudem soll mit dem DAV eine **Übergangslösung für 6 Monate** vereinbart werden, innerhalb derer noch Vordrucke mit der BSNR in der Kodierleiste akzeptiert werden.

© RA Alexander Korthus 

24



Übergangspflege nach § 39e SGB V

- Übergangspflege als **neue Leistung** nach § 39e SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG vom 11.07.2021.

§ 39e SGB V

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

- Zwischenversorgung im Krankenhaus, wenn entsprechender Versorgungsbedarf.
- Umfasst auch Entlassmanagement (i.d.R. **Fortführung des bisherigen EM**).
- Verordnungsmöglichkeiten auch **bei Beendigung der Übergangspflege**, § 4 Abs. 3 S. 2 RahmenV.

© RA Alexander Korthus 

25



Übergangspflege nach § 39e SGB V

Dokumentationsanforderungen, wenn Übergangspflege in Betracht kommt

- § 4 Abs. 1 DokumentationsV**
 - Erforderlichkeit der medizinischen Rehabilitation, der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege und der diesbezügliche patientenindividuelle Nachsorgebedarf.
 - Durch das Assessment nach § 39 Abs. 1a SGB V, den Entlassplan und den jeweiligen Anträgen oder Verordnungen.
- § 5 DokumentationsV**
 - Dokumentation des erheblichen Aufwandes und des Ortes der Übergangspflege.
 - Der Nachweis, dass eine Anschlussversorgung mit Leistungen nach § 39e Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht oder nur unter erheblichem Aufwand möglich ist, u.a. durch die Anfrage von mind. 20 geeigneten Einrichtungen oder bei weniger als 20, die Anfrage bei allen Anschlussversorgern.
- Durch diesen Aufwand für die Häuser **könnte** sich ein Umsetzungsproblem ergeben.
- Evaluation** der DokumentationsV sachgerecht.

© RA Alexander Korthus 

26



Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 113 Abs. 4 S. 2 SGB V:

- „Die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des **Entlassmanagements** nach § 39 Absatz 1a Satz 5 (...) wird **durch die Prüfungsstellen nach § 106c** entsprechend **§ § 106 bis 106b** gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.“

- Vom Grundsatz her sollen also die vertragsärztlichen Regelungen zur WP Anwendung finden.
- Vorliegend jedoch Verordnung des **Krankenhauses** (institutionsbezogene Prüfung).
- Die Prüfungen sollen von den **vertragsärztlichen Gremien** durchgeführt.
- Möglichkeit der abweichenden Vereinbarung auf Ortsebene besteht zwar, jedoch **keine abweichenden Vereinbarungen bekannt.**

© RA Alexander Korthus



27



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.

© RA Alexander Korthus



28