

Bekanntmachungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin – einerseits – und der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin – andererseits – vereinbarten Folgendes:

Artikel 1

Änderungen zum Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für die Verordnungssoftware von Heilmitteln (Anlage 29 BMV-Ä)

1. In Nummer **3.1 Dokumentation im Rahmen der Heilmittelverordnung** werden in den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–01 in Absatz 1 die Buchstaben a. bis c. wie folgt gefasst:

- „a. *Ein oder zwei ICD-10-GM-Code(s): Die eingegebenen ICD-10-GM-Codes müssen den Werten der ICD-10-GM-Stammdatei der KBV (SDICD XML-Element ../diagnose/icd_code/@V) entsprechen.*
- b. *Diagnosegruppe: Die eingegebenen Diagnosegruppen müssen den Werten der Heilmittelstammdatei (SDHM XML-Element ../kapitel/diagnosegruppe/@V) entsprechen.*
- c. *Ein oder bis zu drei vorrangige Heilmittel und ein ergänzendes (optionale Angaben): Die eingegebenen Heilmittel müssen den Werten der Heilmittelstammdatei (SDHM XML-Element ../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/vorrangiges_heilmittel_liste/vorrangiges_heilmittel/name/@V oder SDHM XML-Element ../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/ergaenzendes_heilmittel_liste/ergaenzendes_heilmittel/name/@V oder SDHM XML-Element ../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/standardisierte_heilmittel_kombination/name/@V) gemäß der ausgewählten Diagnosegruppe entsprechen.“*

2. In Nummer **3.2 Anforderungen an die Heilmittelverordnung** werden folgende Änderungen vorgenommen:

- a) In der Begründung der PFLICHTFUNKTION P3–09 wird folgender Satz angefügt:
„Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich (nach § 7 Abs. 3 der Heilm-RL) auf den jeweils verordnenden Arzt.“
- b) In dem Akzeptanzkriterium der PFLICHTFUNKTION P3–09 wird folgende Nummer 5 angefügt:
„5. LANR des Arztes, der die Vorverordnung ausgestellt hat“
- c) Abbildung 2: Zuordnung der Verordnung zu einem Verordnungsfall wird wie folgt gefasst:

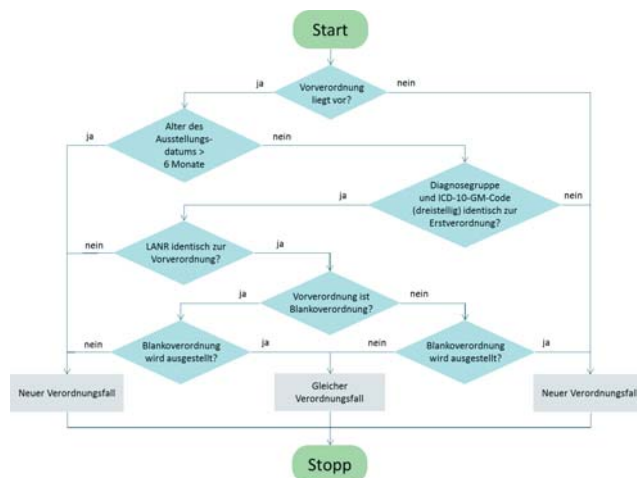


Abbildung 2: Zuordnung der Verordnung zu einem Verordnungsfall“

- d) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–16 wird in Absatz 1 folgender Buchstabe d. angefügt:
„d. Ein eingegebener Code entspricht einem Code der SDHMBV, wenn der Wert des eingegebenen Codes mit einem Codewert der SDHMBV identisch ist oder wenn der Code aus der SDHMBV linksbündig einen Teil des eingegebenen Codes darstellt. Das Zeichen „-“ ist beim Vergleich der Werte zweier ICD-10 Codes nicht zu berücksichtigen.“
- e) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–11 wird Absatz 1 wie folgt gefasst:
„(1) Im Rahmen einer Verordnung muss die Verordnungsmenge (siehe Glossar) je Verordnung mittels der vom Anwender eingegebenen Behandlungseinheiten berechnet werden. Die Verordnungsmenge je Verordnung darf die Höchstmenge je Verordnung (SDHM XML-Element: ../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/verordnungs-menge/hoechstmengemenge/@V) nicht überschreiten, jedoch darf der Wert geringer sein. Bei Auswahl eines vorrangigen Heilmittels (nach P3–21), einer standardisierten Heilmittelkombination (nach P3–24) bzw. eines isoliert ergänzenden Heilmittels nach (P3–23) muss die Software den Anwender darauf hinweisen, wenn der eingegebene Wert zu hoch ist und den zu hohen Wert durch den tatsächlich höchstmöglichen Wert ersetzen. Eine Beendigung des Verordnungsvorganges mit zu hohem Wert ist nicht zuzulassen.
- a. *Wenn einer Diagnosegruppe (SDHM XML-Element: ../diagnosegruppe/) keine Höchstmenge je Verordnung zugeordnet ist, dann erfolgt diese Prüfung nicht.*
- b. *Im Rahmen einer Verordnung, die mindestens einem der folgenden Kriterien entspricht, erfolgt diese Prüfung nicht (siehe Punkt (10)).*

- Ein ausgewählter ICD-10-GM-Code, die Diagnosegruppe und ein optional vorhandenes Alterskriterium erfüllen die Kriterien gemäß BVB-/LHM-Stammdatei (SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/icd_code/@V` entspricht dem ausgewähltem Code und das XML-Element `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/sekundaercode/@V` ist nicht definiert, sowie das XML-Element `../kapitel/diagnosegruppe_liste/diagnosegruppe/@V` entspricht der ausgewählten Diagnosegruppe und die optionalen SDHMA XML-Elemente `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/untere_altersgrenze/@V` und/oder `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/obere_altersgrenze/@V` entsprechen dem Alter des Patienten).
 - i. Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Erfüllung einer Altersbedingung nicht eindeutig bewertet werden kann (z.B. wenn das Geburtsdatum unbekannt ist), wird das Alterskriterium als nicht erfüllt angenommen, das heißt die Prüfung erfolgt.
 - ii. Für besondere Verordnungsbedarfe, die nur regional gelten, (gemäß SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/geltungsbereich_kv/@V`), erfolgt die Prüfung.
 - Zwei ausgewählte ICD-10-GM-Codes, die Diagnosegruppe und ein optional vorhandenes Alterskriterium erfüllen die Kriterien gemäß BVB-/LHM-Stammdatei (SDHMA XML-Elemente `../verordnungsbedarf/icd_code/@V` und `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/sekundaercode/@V` entsprechen den ausgewählten Codes, sowie das XML-Element `../kapitel/diagnosegruppe_liste/diagnosegruppe/@V` entspricht der ausgewählten Diagnosegruppe und die optionalen SDHMA XML-Elemente `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/untere_altersgrenze/@V` und/oder `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/obere_altersgrenze/@V` entsprechen dem Alter des Patienten).
 - i. Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Erfüllung einer Altersbedingung nicht eindeutig bewertet werden kann (z.B. wenn das Geburtsdatum unbekannt ist), wird das Alterskriterium als nicht erfüllt angenommen, das heißt die Prüfung erfolgt.
 - ii. Für besondere Verordnungsbedarfe, die nur regional gelten, (gemäß SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/geltungsbereich_kv/@V`), erfolgt die Prüfung.
 - Eine gültige patientenspezifische Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs liegt für eine auszustellende Verordnung vor,
 - i. wenn die in P3–01 Punkt (1) vorliegenden Angaben der Genehmigung eines oder zwei ICD-10-GM-Codes vollständig und der Diagnosegruppe mit den entsprechenden Angaben der Verordnung übereinstimmen,
 - ii. alle auf der Verordnung angegebenen Heilmittel mit den vorliegenden Angaben der Genehmigung übereinstimmen, falls dort mindestens ein Heilmittel angegeben ist,
 - iii. das Gültigkeitsendedatum zum Zeitpunkt der Verordnung nicht erreicht ist,
 - iv. kein Wechsel des Kostenträgers ohne Fusionsbeziehung zum bisherigen Kostenträger stattgefunden hat und
 - v. keine Auflösung oder Ungültigkeit des genehmigenden Kostenträgers festgestellt wird.“
- f) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–11 wird Absatz 3 Satz 1 wie folgt gefasst:
- SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/geltungsbereich_kv/@V`, erfolgt die Prüfung.

- „Die Software muss die Verordnungsmenge (siehe Glossar) aller Verordnungen des Verordnungsfalls summieren und den Anwender darauf hinweisen, wenn die Summe die vorgegebene orientierende Behandlungsmenge (SDHM XML-Element: *../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/verordnungsmenge/orientierende_behandlungsmenge/@V*) überschreitet.“
- g)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–11 wird in Absatz 8 folgender Satz angefügt:
„Wenn der eingegebene Wert des „ergänzenden Heilmittels“ zu hoch ist, ist der zu hohe Wert durch den tatsächlich höchstmöglichen Wert zu ersetzen. Eine Beendigung des Verordnungsvorganges mit zu hohem Wert ist nicht zuzulassen.“
- h)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–11 wird Absatz 9 wie folgt gefasst:
„- nicht besetzt -“
- i)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–11 wird Absatz 10 Satz 1 wie folgt gefasst:
„Im Rahmen einer Verordnung, die mindestens einem der Kriterien nach Punkt (1) b. entspricht, muss dem Anwender folgender Hinweis angezeigt werden, wenn die Behandlungseinheiten der Heilmittel geteilt durch die Therapiefrequenz pro Woche summiert über alle verordneten vorrangigen Heilmittel oder eines isoliert verordneten ergänzenden Heilmittels einen Wert größer 12 ergibt.“
- j)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–11 wird Absatz 10 Buchstabe c. wie folgt gefasst:
*„Bei den folgenden Diagnosegruppen (SDHM XML-Element *../kapitel/diagnosegruppe/@V*) erfolgt die oben genannte Berechnung nicht und der Hinweis wird nicht angezeigt: ST3, DF, NF und QF.“*
- k)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–18 wird Absatz 10 Buchstabe a. wie folgt gefasst:
„a. Eine gültige patientenspezifische Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs liegt für eine auszustellende Verordnung vor, wenn die in P3–01 Punkt (1) vorliegenden Angaben der Genehmigung
- ein oder zwei ICD-10-GM-Codes und die Diagnosegruppe mit den entsprechenden Angaben der Verordnung übereinstimmen,
 - alle auf der Verordnung angegebenen Heilmittel mit den vorliegenden Angaben der Genehmigung übereinstimmen, falls dort mindestens ein Heilmittel angegeben ist,
 - das Gültigkeitsendedatum zum Zeitpunkt der Verordnung nicht erreicht ist,
 - kein Wechsel des Kostenträgers ohne Fusionsbeziehung zum bisherigen Kostenträger stattgefunden hat und keine Auflösung oder Ungültigkeit des genehmigenden Kostenträgers festgestellt wird.“
- l)** Nach den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–18 wird folgender Hinweis angefügt:
*„Hinweis
Für besondere Verordnungsbedarfe mit der Spezifikation „längstens (...) nach Akutereignis“ ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zu diesem ICD-10-GM-Code für die Berücksichtigung und die Fristberechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V maßgeblich. Eine Vorbelegung mit dem Datum der ersten Verordnung dieses Verordnungsfalls (nach P3–09) wird empfohlen.“*
- 3.** In Nummer 4, **Statistik- und Controlling-Funktionen** werden folgende Änderungen vorgenommen:
- a)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–35 wird folgende Absatz 8) angefügt:
„(8) Im Fall der Angabe von mehr als einer Positionsnummer in den Stammdaten, sind die Preise zu addieren.“
- b)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–34 werden in Absatz 1 Buchstabe a. Nummer viii. die Wörter „Gesamtzahl der Behandlungseinheiten“ durch das Wort „Verordnungsmenge“ ersetzt.
- c)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–34 wird in Absatz 1 Buchstabe c. das Wort „Behandlungseinheiten“ durch das Wort „Verordnungsmengen“ ersetzt.
- d)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3–34 wird nach Absatz 1 Buchstabe c. folgender Buchstabe d. angefügt:
*„d. Die Software muss im Zusammenhang mit der Verordnungsstatistik folgenden Hinweis anzeigen, ohne den Workflow zu unterbrechen:
„Die möglichen Kosten für Hausbesuche oder Therapieberichte oder die Erstbefundung durch den Heilmitteltherapeuten werden nicht berücksichtigt.““*

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.07.2020 in Kraft.

Berlin, den 05.08.2020

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin
GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin