

1. Ersatzlos abgeschafft werden können:

1.1 Bundesweite Vordrucke:

- a) Dokumentation der Untersuchungen gem. den Kinder-Richtlinien (Sonographie der Säuglingshöften, z.Zt. keine routinemäßige Auswertung)**
- b) Jugendgesundheitsuntersuchung (z. Zt. keine Auswertung)**
- c) Gesundheitsuntersuchung (z. Zt. keine Auswertung)**
- d) Krebsfrüherkennung Frauen (z. Zt. keine Auswertung, Ausnahme: Früherkennungskoloskopie)**
- e) Krebsfrüherkennung Männer (z. Zt. keine Auswertung, Ausnahme: Früherkennungskoloskopie)**

Anmerkung:

Die Früherkennungsuntersuchungen sind seit Jahren Bestandteil der Leistungen der Krankenversicherung und der Leistungsumfang ist bekannt. Die Inanspruchnahme ist seit Jahren auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau und kann auch durch eine Dokumentation nicht verbessert werden. Als statistische Grundlage reicht es aus die entsprechenden EBM-Abrechnungspositionen auszuwerten. Weiterführende Auswertungen erfolgen zur Zeit nicht. Die Dokumentation des Arztes erfolgt zukünftig in seinen Unterlagen. Hierzu wären die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu ändern.

f) Muster 14 – Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Stimm- und Sprachtherapie

Das Muster 14 kann in das Muster 13 –Heilmittelverordnung –Maßnahmen der physikalischen Therapie integriert werden und wird nicht zusätzlich benötigt. Der klinische Befund wird vom Arzt in einem Arztbrief an den Leistungserbringer übermittelt. Der Aufwand das Tonaudiogramm auf den Vordruck zu übertragen ist überdurchschnittlich hoch und nicht in allen Fällen für den Leistungserbringer erforderlich.

g) Muster 18 – Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Ergotherapie

Das Muster 18 kann in das Muster 13 –Heilmittelverordnung –Maßnahmen der physikalischen Therapie integriert werden und wird nicht zusätzlich benötigt. Es beinhaltet nur ein weitergehendes Feld als das Muster 13.

1.2 Regionale Vordrucke:

- a) Erfahrungsbericht Asthmatiker-Schulung**
- b) Befund- und Dokubogen Herz-Kreislaufferkranken**
- c) Ambulante Krebsnachsorge**
- d) Umweltmedizinischer Beratungsservice**

Anmerkung:

Die o.g. Vordrucke sind Bestandteil der Kooperationsverträge, die entsprechend angepasst werden müssen. Eine sorgfältige Dokumentation des Arztes in seinen Unterlagen ist ausreichend.

2. Folgende Vordrucke sollen überarbeitet bzw. in ihrem Umfang reduziert werden:

a) Muster 4 - Verordnung einer Krankenförderung

Der Vordruck ist durch die Gesetzesänderungen mit Angaben überfüllt worden. Es wird bezweifelt, ob alle Angaben tatsächlich erforderlich sind. **Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. die Vordruckkommission werden aufgefordert diesen Vordruck zu vereinfachen und die Übersichtlichkeit für die Benutzer herzustellen.**

b) Muster 12 – Verordnung häuslicher Krankenpflege

Es wird bezweifelt, ob alle Angaben tatsächlich erforderlich sind. **Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. die Vordruckkommission werden aufgefordert diesen Vordruck zu vereinfachen und die Übersichtlichkeit für die Benutzer herzustellen.** Da die Probleme in der Praxis so gravierend sind, werden die AOK Baden-Württemberg und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg gemeinsam eine Ausfüllanleitung für die Ärzte erarbeiten.

c) Muster 13 – Verordnung von Heilmitteln: Maßnahmen der physikalischen Therapie

Die **Angabe des spätestens Behandlungsbeginns** sollte gestrichen werden. In der Praxis führt das nur dazu, dass bei einem späteren Beginn der Vordruck dem Arzt zurückgegeben wird, mit dem Ziel das Datum zu verändern. Eine zeitliche Festlegung in den Richtlinien wird als ausreichend angesehen (analog Arzneiverordnungsblatt). Die **Angabe des Indikationsschlüssel** ist in der Regel für den Behandler ausreichend. Die Darstellung in Worten bzw. die Spezifizierung der Therapieziele sollte nur in besonderen Fällen erforderlich also optional sein. Eine **Medizinische Begründung außerhalb des Regelfalles** ist unerlässlich. Kann aber auch in den Unterlagen des Arztes erfolgen und wäre nicht zwingend erforderlich auf dem Vordruck anzugeben. **Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. die Vordruckkommission werden aufgefordert diesen Vordruck zu vereinfachen und die Übersichtlichkeit für die Benutzer herzustellen.**

d) Muster 22 - Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Der aufgrund § 28 Abs. 3 SGB V vorgeschriebene Konsiliarbericht könnte entfallen, sofern der Patient den Psychologischen Psychotherapeuten nicht direkt aufsucht, sondern vom Arzt an den Psychotherapeuten überwiesen wird. Dies ist eine doppelte Leistungserbringung, da der Arzt die Diagnostik abgeschlossen hat und als notwendige Maßnahme eine Psychotherapie verordnet hat. Zur Absicherung des Behandlungserfolges und zum Ausschluss einer Fehldiagnose ist die Vorstellung bei einem Arzt, sofern der Patient direkt zu einem Psychologischen Psychotherapeuten geht, nach wie vor erforderlich. **Der Gesetzgeber wird aufgefordert § 28 Abs. 3 SGB V entsprechend anzupassen.**

e) VT3/KZT – Bericht an den Gutachter

Dieses aufgrund der Psychotherapie-Richtlinien zu erstellende Formular könnte entfallen, sofern der Psychotherapeut alle Angaben in seinen Bericht, den er sowieso noch zusätzlich abgeben muss, aufführt. Es wird vorgeschlagen, dass dieser Vordruck nur noch optional von den Psychotherapeuten benutzt werden muss. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Richtlinien entsprechend abändern.

f) Muster 53 – Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Es sollte eine Präzisierung des Fragebogens auf 4 bis 5-stellige ICD-Schlüssel erfolgen. In Muster 53 wird der durch das Gesetz begründete Text wiedergegeben und ist deshalb sehr schwierig für die Ärzte auszufüllen. **Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. die Vordruckkommission werden aufgefordert diesen Vordruck zu vereinfachen und die Übersichtlichkeit für die Benutzer herzustellen.**

g) Muster 60 – Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Das Muster 60 ist ein Steuerungsinstrument zur Feststellung des richtigen Leistungsträgers. Das Muster 60 könnte ganz entfallen, wenn sich die Leistungsträger Gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Land und Deutsche Rentenversicherung Bund auf ein einheitliches Antragsformular verständigen könnten.

h) Muster 61 – Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die Leistungsträger Gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Land und Deutsche Rentenversicherung Bund werden aufgefordert sich auf ein einheitliches Antragsformular zu verständigen.

3. Aufwandminimierung des Ausschreibungsverfahrens bei den Krankenkassen und Wiedereinschreibungsverfahren in den Praxen beim DMP

- a) Änderung im Dokumentationsbogen: Sofern eine Dokumentation verfrüht (bereits nach einem Quartal anstelle nach zwei Quartalen) erstellt und weitergeleitet wird, ist die Dokumentation dennoch gültig und bestimmt die neue Dokufrist.
- b) Ausschreibung von Patienten aus dem DMP bei zwei aufeinander folgenden fehlenden Dokumentationen, nicht schon bei zwei fehlenden Dokumentationen innerhalb von 3 Jahren.