

## Verordnungs- leitfaden & Rezeptierungshilfen

Hilfsmittel  
Medizinprodukte  
Sprechstundenbedarf  
Arzneimittelähnliche Medizinprodukte



**Ihr Spezialist rund  
um die Versorgung  
mit ableitenden  
Inkontinenzprodukten.**

## ONLINE-Zugang für Praxen – einfach und sicher:

Über einen internet-basierten, passwortgeschützten Zugang verschaffen sich Praxen mit einem Klick auf das MPF-System nicht nur einen Überblick über die Versorgungssituation ihrer Patienten, sondern können aktiv ihr Rezeptmanagement für die Hilfsmittelversorgungen gestalten. Einfach und absolut sicher.



Unser umfassendes Komplett-Sortiment sowie alles weitere zu MPF finden Sie unter [www.mpf-medical.de](http://www.mpf-medical.de).

## MPF an Ihrer Seite

Die MPF Medicalprodukte Vertrieb Flensburg GmbH bietet qualitativ hochwertige Medizinprodukte und Services rund um den Versorgungsbereich der ableitenden Inkontinenz wie u.a. Dauerkatheter, ISK, Urin-Drainagesysteme und Zubehör sowie Praxis- und Sprechstundenbedarf.

Neben einer schlanken Verwaltungsstruktur bemühen wir uns mit Erfolg, die Kosten des Warenbezugs den sich stetig reduzierenden Kassen-Abrechnungspreisen anzupassen. Um dies mit den hohen qualitativen Anforderungen an unsere Kernprodukte in Einklang zu bringen, arbeiten wir herstellerneutral und setzen ausschließlich qualitativ hochwertige Hilfsmittel und Medizinprodukte ein.

Durch die langjährige Zusammenarbeit mit einem kompetenten Abrechnungszentrum, den Krankenkassen und anderen zuständigen Stellen ist eine schnelle und zuverlässige Abrechnung der ärztlich verordneten Hilfsmittel gewährleistet.

Mit diesem Verordnungsleitfaden & Rezeptierungshilfen möchten wir Sie bestmöglich bei der Rezeptierung unterstützen. Sie finden auf folgenden Seiten allgemeine Informationen und Verordnungsbeispiele:

• Hilfsmittel-Verordnungsbeispiel und Allgemeines zur Rezeptierung von Hilfsmitteln	Seite 4/5
• Beispiel für Dauerverordnungen	Seite 6
• Angaben zu Versorgungszeiträumen und Begründung von Mehrbedarf	Seite 7
• Arzneimittelähnliche Medizinprodukte und Verbandmittel	Seite 8
• Sprechstundenbedarf	Seite 9
• Hintergründe zu den gesetzlichen Regelungen zur Hilfsmittelerstattung	Seite 10
• Diagnosebeispiele	Seite 11

Für alle weiteren Informationen wenden Sie sich gerne an unsere Medizinprodukteberater im Außen- und Innendienst, die Ihnen bei Ihren Fragen zur richtigen Rezeptierung behilflich sind.

Gerne sind wir für weitere Informationen unter Tel. 04 61 / 406 862-0 für Sie da!

# Hilfsmittelrezept

## Verordnungsbeispiel

Für eine problemlose Bearbeitung ist es zwingend erforderlich, dass die grau hinterlegten Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt werden, da sonst eine sofortige Rücksendung durch die Krankenkasse (KK) erfolgt.

Ziffer „7“

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Gebühr frei  
Geb.-pflichtig  
Sonstige  
Unfall  
Arbeitsunfall  
Name, Vorname des Versicherten  
Mustermann  
Mustermannweg 1  
12345 Musterstadt  
geb. am  
01.01.1967  
Kassen-Nr.  
1234567  
Versicherten-Nr.  
12345678910  
Status  
5000/1  
Betriebsstätten-Nr.  
1234  
Arzt-Nr.  
56789  
Datum  
02.01.2021  
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)  
z.B. 10x Beinbeutel 750/10  
3 x Bettbeutel 2000/120  
VZR: 02.01. - 31.03.2021  
Diagnose: neurogene Blasenstörung  
Arztstempel mit Unterschrift  
Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)  
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!  
Unfalltag  
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer  
Abgabedatum in der Apotheke  
0156148004

Bitte an dieser Stelle nur max. 3 Positionen pro Rezept

Dieses Datum ist das Ausstellungsdatum

## Zuzahlungspflicht des Patienten:

Der Leistungserbringer muss die Zuzahlung vom Versicherten einziehen. Die KKn kürzen den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers um den Zuzahlungsbetrag. Nicht selten kommt es vor, dass auf der Verordnung das Feld „Zuzahlungsbefreit“ fälschlicherweise angekreuzt ist. Um Ihnen und uns erhebliche Mehrarbeit zu ersparen, empfehlen wir Ihnen, sich den Befreiungsausweis vorlegen zu lassen.

Wir bitten ausdrücklich um eine zeitnahe Ausstellung der Verordnung, da **Rezepte, die nicht innerhalb von 28 Tagen nach der Belieferung an den Patienten der Krankenkasse im Original vorliegen, verfallen.**

# Rezeptierung von Hilfsmitteln

## Formerfordernisse an eine Verordnung

Ist durch den behandelnden Arzt die medizinische Notwendigkeit festgestellt worden, kann er die Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln verordnen. Dazu muss eine Verordnung bzw. ein Rezept ausgefüllt werden. Um einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorzubeugen, sollte unbedingt auf die Einhaltung der Formanforderungen geachtet werden. Diese wurden in den „Hilfsmittelrichtlinien“ verbindlich festgelegt. Neben der Sorgfalt und der Leserlichkeit müssen folgende Aussagen zu den verordneten Hilfsmitteln angegeben sein:

- ✗ Anzahl
- ✗ Bezeichnung (nach dem Hilfsmittelverzeichnis)
- ✗ Versorgungszeitraum (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln)
- ✗ Diagnose

Eventuelle handschriftliche Änderungen und Ergänzungen auf dem Rezept müssen durch Stempel und eine erneute Unterschrift des Arztes bestätigt werden.

Auf der Rückseite des Rezepts befindet sich die „Empfangsbestätigung“, welche durch die Unterschrift des Patienten bzw. einer beauftragten Person erfolgt. Bitte beachten Sie, dass auch bei einem Notfall-Katheterwechsel in der Praxis (Notfallversorgung) die Unterschrift des Patienten auf der Rückseite des Rezeptes erfolgen muss.

## Gehen Hilfsmittel in das „Budget“ des Arztes ein?

**Nein, wenn die Hilfsmittel korrekt verordnet und korrekt mit Hilfsmittelnummer abgerechnet werden.**

Begründung: Jeder Vertragsarzt der Krankenkassen muss in seiner Tätigkeit die „Arzneimittelvereinbarung“ nach § 84 SGB V (Sozialgesetzbuch V) zur Wahrung des Ausgaben Volumens bei „Arznei- und Verbandmitteln“ beachten. Das Ausgaben volumen ist durch Vorgaben sogenannter „Richtgrößen“ beschränkt.

Hilfsmittel fallen nicht unter die Vereinbarung, weil sie in dem Gesetzestext nicht genannt werden und belasten daher nicht das „Budget“ des Arztes.



# Hilfsmittelrezept Dauerverordnung

## Verordnungsbeispiel

Bei Hilfsmittelbedarfen, die aufgrund eines definierten Versorgungsverlaufes des Patienten dauerhaft eingesetzt werden, können Sie auch eine sog. Dauerverordnung ausstellen, um den Aufwand der immer wiederkehrenden Rezeptierung zu vermeiden.

Ziffer „7“

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs- mittel		Impf- stoff		Spr.-St. Bedarf		Begr.- Pflicht		Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei		6		X		8		9					
Name, Vorname des Versicherten		Mustermann		geb. am		01.01.1967		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Geb.- plf.		Mustermannweg 1											
noctu		12345 Musterstadt											
Sonstige		Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
		1234567		12345678910		5000/1		1. Verordnung					
Unfall		Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		2. Verordnung					
		1234		56789		02.01.2021		3. Verordnung					
Arbeits- unfall		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel									
		z.B. 120 ISK-Katheter, Ch. 14, PZN 1234567		Arztstempel mit Unterschrift									
		60 ISK-Katheter m. Beutel, Ch.14, PZN 1234567											
		Monatsbedarf / Dauerverordnung											
		666H		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)									
		Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke									
		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer									

Dieses Datum ist das Ausstellungsdatum

## Zum Hintergrund:

Viele Krankenkassen sind bemüht, bei immer gleichbleibenden Hilfsmittelbedarfen den Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, und haben daher festgelegt, dass Rezepte als Dauerverordnung ausgestellt werden können. Dauerverordnungen werden von uns bei den Krankenkassen eingereicht und bei Bewilligung gelten bis auf Widerruf die rezeptierten Mengen. Sollte sich der Gesundheitszustand des Patienten ändern, wird dieses selbstverständlich umgehend angepasst, wenn Sie ein neues Rezept erstellen.

# Versorgungszeiträume

Das Ausstellungsdatum des Rezeptes muss zwingend vor dem Versorgungszeitraum (VZ) liegen. Bitte achten Sie auch unbedingt darauf, dass es bei der Festlegung der Versorgungszeiträume auf keinen Fall zu Überschneidungen kommt (Folgeversorgung).

Für den Fall, dass der Versorgungszeitraum nicht mit dem Rezeptdatum beginnt, muss das Rezept für eine „Monatsversorgung“ spätestens am 5. Kalendertag des Monats oder für eine „Quartalsversorgung“ spätestens am 15. Kalendertag des Quartals ausgestellt werden, um eine Kostenerstattung zu sichern.

## Angaben auf dem Rezept

## Bedeutung

**VZ: Januar 2021**

Gilt vom 01.01.- 31.01.2021 (Monatsversorgung)

**VZ: Jan.-Mrz. 2021**

Gilt vom 01.01.- 31.03.2021 (Quartalsversorgung)

**VZ: Quartal 01/2021**

Gilt vom 01.01.- 31.03.2021 (Quartalsversorgung)

**VZ: 12/2020-11/2021**

Gilt vom 01.12.20 - 30.11.2021 (Dauerversorgung)

**VZ: Verordnung für 1 Jahr**

Gilt ab Rezeptdatum für ein Jahr (Dauerversorgung)

## Begründung von Mehrbedarf

Auf der Grundlage von verschiedenen MDK-Gutachten und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots des Sozialgesetzbuches (SGB V) haben die Krankenkassen in den letzten Jahren sogenannte „Regelversorgungen“ eingeführt. Diese legt für einen bestimmten Zeitraum eine festgelegte Menge an „Inkontinenzhilfen“ als medizinisch „ausreichend“ fest. Dabei orientiert sich diese Regelung an Patienten mit „normalen“ Krankheitsbild; hierbei wird z.B. eine Regelverweildauer eines Silikon-Ballonkatheters von 4 Wochen als ausreichend angesehen.

Für Patienten mit einem schweren Krankheitsbild ist diese Versorgung jedoch häufig nicht ausreichend. Um den sich ergebenden Mehrbedarf zu decken, ist eine schriftliche „Begründung von Mehrbedarf“ durch den Arzt zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse unabdingbar. Folgende Schwerpunkte dienen zur Begründung der Notwendigkeit des Mehrbedarfs:

- Das Hilfsmittel leitet nicht mehr ab – durch sog. Ablagerungen (Inkrustation) verstopfen oder blockieren die Produkte (z.B. Mehrbedarf wegen Katheterverstopfung bei rezidivem Harnwegsinfekt, rez. HWI);
- Das Hilfsmittel wird von geistig verwirrten Patienten als Fremdkörper betrachtet und gezogen (z.B. Mehrbedarf wegen Spontanentfernung bei Demenz);
- Hochinfektiöse Patienten, die nicht lange mit den kontaminierten Hilfsmitteln in Kontakt bleiben können (z.B. Mehrbedarf wegen schwerer Infektion – MRSA).

# Arzneimittelähnliche Medizinprodukte

## Verordnungsbeispiel

Hierzu gehören z.B. Kochsalzlösung oder Verbandmaterialien. Für eine problemlose Bearbeitung ist es zwingend erforderlich, dass die grau hinterlegten Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt werden, da sonst eine sofortige Rücksendung durch die Krankenkasse (KK) erfolgt.

Ziffer „7“

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei	KK / Versicherung	6	X	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung Gesamt-Brutto					
noctu	Mustermann						
Sonstige	Mustermannweg 1	geb. am					
	12345 Musterstadt	01.01.1967					
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status				
	1234567	12345678910	5000/1				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
	1234	56789	02.01.2021				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
aut idem	z.B. 1x Schlitzkompressen PZN 1234567						
aut idem	VZR: Quartal 01/2021						
aut idem	Diagnose: neurogene Blasenstörung						
Vertragsarztstempel							
Arztstempel mit Unterschrift							
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)							
Abgabedatum in der Apotheke							
015614800Y							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

VZR: Monats- oder Quatalsbedarf  
(hier keine Dauerverordnung möglich)

Dieses Datum ist das  
Ausstellungsdatum

## Fristen zur Rezeptierung:

Rezepte, die nicht innerhalb von 28 Tagen der Krankenkasse im Original vorliegen, verfallen. Die Frist beginnt mit dem Ausstellungsdatum des Rezeptes. Eine Bestellung muss daher immer mit dem Original-Rezept erfolgen. Nur in abgestimmten Notfällen kann eine Vorablieferung erfolgen. Ein verfallenes Rezept kann nicht beliefert werden!

Sollten handschriftliche Änderungen und Ergänzungen auf dem Rezept vorgenommen werden, müssen diese durch Stempel und eine erneute Unterschrift des Arztes bestätigt werden.

# Sprechstundenbedarf

## Verordnungsbeispiel

Als Sprechstundenbedarf (SSB) werden z.B. suprapubische Katheter oder Biopsienadeln rezeptiert und direkt an die Praxen geschickt. Wichtig ist auch bei SSB-Rezepten, dass auf der Rückseite der Arztstempel enthalten ist.

Ziffer „9“

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei	KK / Versicherung	6	7	8	X		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung Gesamt-Brutto					
noctu	Sprechstundenbedarf						
Sonstige		geb. am					
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status				
	1234567	12345678910	5000/1				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
	1234	56789	02.01.2021				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
aut idem	z.B. 10 x supra. Katheter, CH. 14						
aut idem	PZN 1234567						
aut idem	Vertragsarztstempel						
Arztstempel mit Unterschrift							
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)							
Abgabedatum in der Apotheke							
015614800Y							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

Sprechstundenbedarf wie z.B. Suprapubische  
Katheter ist grundsätzlich zuzahlungsfrei.

## Erklärung

Sprechstundenbedarfsrezepte dienen zur Abrechnung mit der Krankenkasse und sind gesondert auszustellen; sie sind keine klassischen Hilfsmittel.

Sollten handschriftliche Änderungen und Ergänzungen auf dem Rezept vorgenommen werden, müssen diese durch Stempel und eine erneute Unterschrift des Arztes bestätigt werden.

Sprechstundenbedarf ist in den Sprechstundenbedarfsverordnungen der einzelnen Bundesländer geregelt. Sprechen Sie uns gerne an, wie die Regularien in Ihrem Bundesland sind.



## Gesetzliche Regelungen zur Erstattung von Hilfsmitteln

**Hilfsmittel** sind sächliche medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören u.a.:

- Körperersatzstoffe und orthopädische Hilfsmittel
- Hörhilfen, Inkontinenz- und Stomaartikel
- technische Produkte wie Applikationshilfen und Inhalationsgeräte

### Wann und für wen besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel?

Versicherte nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Anspruch auf Hilfsmittel, wenn diese dazu dienen:

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung auszugleichen

Bei Pflegebedürftigkeit gilt der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 33 SGB V fort, und zwar unabhängig davon, in welchem Umfang eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.

Der **Sachleistungsanspruch** des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse **beschränkt sich auf die Vertragspreise**. Hierüber muss die Krankenkasse ihre Versicherten informieren, auf Anfrage auch über die wesentlichen Vertragsinhalte. Mengenbeschränkungen durch die Krankenkasse sind bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln unzulässig.

### Gesetzliche Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel

Versicherte haben nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich eine Zuzahlung von 10% des Kostenübernahmebetrags durch die Krankenkasse zu leisten, jedoch mindestens 5,00 € und höchstens 10,00 €.

Für **zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** gilt eine **Sonderzuzahlungsregelung** von 10 % je Packung, höchstens jedoch 10,00 € im Kalendermonat für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel.

Der Leistungserbringer (z.B. die MPF, Apotheker oder Sanitätsfachhändler) muss die Zuzahlung von den Versicherten einziehen. Die Krankenkassen kürzen den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers um den Zuzahlungsbetrag.

### Beschränkungen der Zuzahlungspflicht (Belastungsgrenze)

Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von 2% ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze nur 1% der jährlichen Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt werden.

**Über weitere Details informiert jede Krankenkasse!**

## Diagnosebeispiele

Dauerkatheter (Harnröhren- oder Bauchdeckenkatheter), Urinbeutel, Einmalkatheter zum ISK (Intermittierender Selbstkatheterisierung) und das Zubehör (Katheterventile, Halterungen und Blockspritzen) sind z.B. in Verbindung mit folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- C 61** Prostatakarzinom (Bösartige Neubildung der Prostata)
- C 67.9** Blasenkarzinom (Bösartige Neubildung der Harnblase)
- N 21.0** Harnblasenstein
- N 21.8** Stein in sonstigen unteren Harnwegen
- N 30.9** Harnblaseninfektion (Zystitis, nicht näher bezeichnet)
- N 31.1** Neurogene Reflexblase
- N 31.9** Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet
- N 32.9** Krankheit der Harnblase, nicht näher bezeichnet
- N 34.2** Harnröhreninfektion (Sonstige Urethritis)
- N 35.8** Harnröhrenstriktur (Sonstige Harnröhrenstriktur)
- N 39.1** Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
- N 39.41** Überlaufinkontinenz
- N 39.9** Krankheit des Harnsystems, nicht näher bezeichnet
- N 40** Prostatahyperplasie
- R 33** Harnverhalt
- R 39.1** Blasenentleerungsstörung (Sonstige Miktionsstörungen)

Saugende Inkontinenzhilfen oder Urinalkondome (+ Urinbeutel) sind z.B. in Verbindung mit folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- N 39.3** Stressinkontinenz
- N 39.40** Reflexinkontinenz
- N 39.41** Überlaufinkontinenz
- N 39.42** Dranginkontinenz

Nierenkatheter, Ureterkatheter, Ureterschienen und Zubehör (Adapter, Verbinder) sind z.B. in Verbindung mit folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- C 64** Nierenkarzinom (Bösartige Neubildung der Niere)
- C 66** Harnleiterkarzinom (Bösartige Neubildung des Ureters)
- N 13.0** Nierenabflussstörung (Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion)
- N 13.5** Harnleiterstriktur (Abknickung und Striktur des Ureters)
- N 17.9** Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet
- N 18.9** Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet
- N 20.0** Nierenstein
- N 20.1** Harnleiterstein
- N 39.9** Krankheit des Harnsystems, nicht näher bezeichnet



Medicalprodukte  
Vertrieb Flensburg GmbH

Birkelück 16  
24999 Wees  
Tel. 0461/406 862-0  
Fax 0461/406 862-99  
info@mpf-medical.de  
www.mpf-medical.de