

ARBEITSBOGEN 19:
HILFSMITTELVERSORGUNG UND -BERATUNG

I Hinweis zur Bearbeitung des Arbeitsbogens

Informieren und beraten Sie einen Patienten im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln.

Beachten Sie, dass dieser Arbeitsbogen aus datenschutzrechtlichen Gründen nur zu Ihrer eigenen Verwendung im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Apotheke und zur Prüfungsvorbereitung gedacht ist und insbesondere nicht mit Dritten besprochen werden darf. Sobald Sie den Arbeitsbogen nicht mehr benötigen, ist dieser ordnungsgemäß zu vernichten. Verzichten Sie beim Ausfüllen des Arbeitsbogens auf die Nennung des Patientennamens sowie auf das Geburtsdatum. Falls erforderlich, benennen Sie lediglich das Alter in Jahren.

II Hilfsmittelanforderung

Bei der vorliegenden Hilfsmittelanforderung handelt es sich um

- eine Verordnung auf Kassenrezept, „Muster 16“.
 eine Verordnung auf Privatrezept.
 einen Patientenwunsch bzw. eine Versorgungsempfehlung, Beratung.

Wie lautet die Verordnung bzw. der Patientenwunsch? Welche weiteren notwendigen Informationen für die Auswahl des Hilfsmittels benötigen Sie ggf.?

Das Hilfsmittel ist bestimmt Zum Verbrauch Nicht zum Verbrauch, z. B. zum Verbleib, Miete, Fallpauschale

Bei Hilfsmitteln zur Miete: Ist das Leihgerät in der Apotheke Ja Nein verfügbar?

III Patienteninformation

Ist eine Patientendatei vorhanden? Ja Nein

Alter des Anwenders: _____ Säugling/
Kleinkind Geschlecht: m w

Gibt es patientenspezifische Besonderheiten bzw. Einschränkungen, die bei der Auswahl des Hilfsmittels beachtet werden sollten?

Nein Ja, welche:

IV Abgabe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Überprüfen der Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Krankenkasse (KK): _____ KK-Nr.: _____

Ist die Hilfsmittelnummer auf dem Rezept angegeben? Nein Ja: _____

Sind alle erforderlichen Angaben gemäß § 7 Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) auf der Verschreibung vorhanden? Ja Nein

Ist die Bezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes vorhanden? Ja Nein

Ist das Hilfsmittelrezept mit der Ziffer „7“ gekennzeichnet? Ja Nein

Liegt eine nicht abrechnungsfähige Mischverordnung von Arznei- und Hilfsmitteln auf einem Rezept vor? Ja Nein

Ist die Diagnose auf der Rezeptvorderseite angegeben? Nein Ja: _____

Bei Hilfsmitteln zum Verbrauch: Ist die Angabe eines plausiblen Versorgungszeitraums vorhanden? Ja Nein

Wie lange ist die Verordnung gemäß § 8 Abs. 2 HilfsM-RL gültig und damit der Leistungsanspruch durch die gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet?

Treten nach der Prüfung der Verordnung Bedenken bzw. Unklarheiten auf? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche Maßnahme/n schlagen Sie unter Berücksichtigung aller erhaltenen Informationen vor? Wie lautet/lauten Ihr/e Lösungsvorschlag/-schläge?

Müssen Sie für die Umsetzung der zu treffenden Maßnahme/n eine Rücksprache mit dem Arzt vornehmen? Ja Nein

Wird Ihr Lösungsansatz vom Arzt angenommen? Ja Nein

Wenn nein, wie lautet die Antwort/der Lösungsvorschlag vom Arzt?

Können alle Bedenken/Unklarheiten behoben werden? Ja Nein

ARBEITSBOGEN 19:
HILFSMITTELVERSORGUNG UND -BERATUNG

Vertragsprüfung

Informationen über die Abgabefähigkeit eines Produktes erhalten Sie u. a. über das Online-Vertragsportal des DAV unter www.dav-ovp.de.

Liegt für die Versorgung durch die Apotheke die erforderliche Voraussetzung der Präqualifizierung vor? Ja Nein

Besteht für die Versorgung mit dem verordneten Hilfsmittel ein gültiger Vertrag mit der Krankenkasse? Ja Nein

Besteht eine Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Produkten? Ja Nein

Besteht eine Pflicht zur Genehmigung durch die Krankenkasse für die Versorgung mit dem Hilfsmittel? Ja Nein

Wird eine Genehmigung bei der Krankenkasse, ggf. durch die Clearingstelle des LAV, beantragt? Ja Nein

Hat die Krankenkasse die Kostenübernahme und Versorgung durch die Apotheke bestätigt? Ja Nein

Wurde der Patient über die Kostenübernahme informiert? Ja Nein

Erfolgt die Archivierung der Genehmigung bzw. Ablehnung der Krankenkasse mit Kopien von Rezept und Lieferschein? Ja Nein

V Auswahl des Hilfsmittels

Welches Produkt wählen Sie für den Patienten aus? Beachten Sie ggf. bei Verordnungen zu Lasten der GKV das Angebot eines aufzahlungsfreien Produktes.

Bezeichnung: _____

Indikation: _____

Wirkweise: _____

Gegenanzeigen: _____

Hilfsmittelnummer: _____ PZN: _____

AEP (€): _____ Abgabepreis (Vertragspreis bzw. Kalkulation) (€): _____

Begründen Sie Ihre Entscheidung für die Auswahl des Hilfsmittels:

ARBEITSBOGEN 19:
HILFSMITTELVERSORGUNG UND -BERATUNG

Zu beachten bei Verordnungen zu Lasten der GKV:

Ist die Hilfsmittelnummer des ausgewählten Produktes identisch mit Ja Nein
der ggf. auf dem Rezept vermerkten?

Gesetzliche Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (€): _____

Gesetzliche Zuzahlung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (€): _____

Höhe des Erstattungsbetrages durch die Krankenkasse (€): _____

Kann die Abgabe zum Vertragspreis bzw. Festbetrag erfolgen? Ja Nein

Muss der Patient eine wirtschaftliche Aufzahlung für die Nein Ja, _____ €
Versorgung leisten?

Der Patient wird über die Höhe der wirtschaftlichen Aufzahlung informiert, dies wird
schriftlich dokumentiert.

Die Apotheke hat den Versicherten dahingehend zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzli-
chen Sachleistungen innerhalb des Sachleistungssystems für ihn geeignet und medizinisch
notwendig sind. Die Beratung ist grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und durch den
Versicherten oder die Betreuungsperson zu bestätigen.

Machen Sie sich mit der Dokumentation in Ihrer Apotheke vertraut und überprüfen Sie, ob
insbesondere folgende Punkte schriftlich erfasst werden:

Der Versicherte/die Betreuungsperson bestätigt, dass die Apotheke ihn/sie über die auf-
zahlungsfreie Versorgung informiert und diese angeboten hat.

Der Versicherte/die Betreuungsperson hat sich für die aufzahlungspflichtige Versorgung
entschieden und bestätigt, dass er/sie diese Kosten sowie etwaige Folgekosten, welche
durch die höherwertige Versorgung ausgelöst werden, selbst tragen wird.

VI Information und Beratung

Geben Sie dem Patienten alle notwendigen Informationen u. a. über die Anwendung sowie
ggf. über die Aufbewahrung, Reinigung, Hygienemaßnahmen und Entsorgung des Hilfsmit-
tels.

Dem Patienten wird eine Schulung im Umgang mit dem Hilfsmittel angeboten.

Geben Sie dem Patienten Hinweise für zusätzliche unterstützende Maßnahmen. Berücksich-
tigen Sie hierfür z. B. Informationsmaterial, nicht-medikamentöse Maßnahmen, Zusatzemp-
fehlungen.

ARBEITSBOGEN 19:
HILFSMITTELVERSORGUNG UND -BERATUNG

VII Abgabe des Hilfsmittels

Bei Abgabe von Leihgeräten: Es erfolgt der Abschluss eines Mietvertrages mit dem Patienten.

Vor der Abgabe an den Patienten erfolgt die Überprüfung der Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels.

Die Abgabe erfolgt:

Unmittelbar an den Patienten An einen pflegenden Angehörigen/eine Pflegekraft

Der Empfang des Hilfsmittels wird auf der Rückseite des Rezeptes mit Datum und Unterschrift bestätigt.

Die gesetzliche Zuzahlung wurde einbezogen und quittiert.

Es erfolgt die Rückfrage an den Patienten, ob noch weitere Fragen geklärt werden müssen.

Folgende Möglichkeiten der Kontaktaufnahme werden angeboten:

Telefonnummer der Apotheke

E-Mail-Adresse der Apotheke

Sonstiges: _____

VIII Pflege der Patientendatei

Daten aktualisieren

Aufnahme in die Patientendatei anbieten

Datum

Unterschrift PhiP

Kenntnisnahme Ausbildungsapotheker

Empfehlungen für Literatur und Internetadressen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

» Gebler, H., Kindl, G. (Hrsg.) Pharmazie für die Praxis. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, aktuelle Fassung.

» www.dav-ovp.de

» www.gkv-spitzenverband.de

› Hilfsmittelverzeichnis

» www.g-ba.de

› Hilfsmittel-Richtlinie

» www.mds-ev.de

» www.rehadat.de