

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren die nachstehende

40. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke
für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. April 1995

Artikel 1

Änderungen der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä)

1. Die Nummern 2.13, 2.14 und 2.18 werden wie folgt geändert:

- „2.13 *Muster 13: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) (Stand: 1.2017)*
- 2.14 *Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) (Stand: 1.2017)*
- 2.18 *Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie) (Stand: 1.2017)“*

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

1. Satz 3 im Erläuterungsteil „**3** arbeitsunfähig seit“ zu Muster 1 ändert sich wie folgt:

„Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.“

2. Ziffer 7 der Vordruckerläuterungen zu Muster 2 ändert sich wie folgt:

„7. Neben einer Verordnung von Krankenhausbehandlung ist erforderlichenfalls eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) auszustellen, und zwar auch dann, wenn der Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Tage der Krankenhausaufnahme übereinstimmt.“

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

❶ *Erstverordnung*; ❷ *Folgeverordnung*; ❸ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*
Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als *Erstverordnung*, *Folgeverordnung* oder *Verordnung außerhalb des Regelfalles* darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

❶ *Erstverordnung*

Jeder Regelfall beginnt mit einer *Erstverordnung*. In diesem Fall ist das Kästchen „*Erstverordnung*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Vor der *Erstverordnung* ist eine *Eingangsdiagnostik* durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt notwendig. Bei der *Eingangsdiagnostik* sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß *Heilmittel-Richtlinie* durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld ❶).

❷ *Folgeverordnung*

Nach einer *Erstverordnung* gilt jede *Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles* als *Folgeverordnung*. In diesem Fall ist das Kästchen „*Folgeverordnung*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der *Behandlung* die *Leitsymptomatik* ändert und unterschiedliche Maßnahmen der *Physikalischen Therapie* zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt ist wieder eine *Erstverordnung* auszustellen (vgl. § 7 *HeilM-RL*). Auch vor *Folgeverordnungen* ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶).

❸ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*

Lässt sich mit der nach Maßgabe des *Heilmittelkataloges* bestimmten *Gesamtverordnungsmenge* im Regelfall die *Behandlung* nicht abschließen, sind weitere *Verordnungen* möglich (*Verordnungen außerhalb des Regelfalles*, insbesondere längerfristige *Verordnungen*). In diesem Fall ist das Kästchen „*Verordnung außerhalb des Regelfalles*“ von der Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt anzukreuzen. Solche *Verordnungen* bedürfen einer besonderen *Begründung* mit *prognostischer Einschätzung* (siehe Feld ❶ *Medizinische Begründung*). Auch vor *Verordnung außerhalb des Regelfalles* ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶).

Verordnungen aufgrund eines „langfristigen Heilmittelbedarfs“ können gemäß § 8a Abs. 8 der Heilmittel-Richtlinie unmittelbar als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen sein muss.

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

Das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ ist nicht anzukreuzen, wenn Maßnahmen der Podologischen Therapie verordnet werden. Für podologische Maßnahmen sind keine Verordnungen außerhalb des Regelfalles vorgesehen, da keine Einschränkungen bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge bestehen.

④ Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppendynamisch gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

Die podologische Behandlung erfolgt ausschließlich als Einzeltherapie. Eine Gruppentherapie ist nicht verordnungsfähig.

⑤ Behandlungsbeginn spätestens am

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen (für Physikalische Therapie) und 28 Kalendertagen (für Podologische Therapie) nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z.B. 010217) anzugeben.

⑥ Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

⑦ Therapiebericht

Auf Wunsch kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt einen Therapiebericht beim Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen

des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

8 Verordnungsmenge

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Angabe der Verordnungsmenge den Wert gemäß ausgewähltem Diagnoseschlüssel ggf. in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (HeilM-RL Teil 2) nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles (Physikalische Therapie)

Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist (siehe § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL).

9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Podologischen Therapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Im Falle der Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination“ ist es möglich die im Heilmittelkatalog unter „D1“ subsumierten Heilmittel zu spezifizieren.

Besonderheit bei der Verordnung einer manuellen Lymphdrainage

Soweit nach Maßgabe des Heilmittelkataloges die manuelle Lymphdrainage (LY1 bis LY3) als Heilmittel zu verordnen ist, hat in dem Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ neben dem Heilmittel „Manuelle Lymphdrainage“ auch die Minutenangabe in Höhe von 30, 45 oder 60 Minuten zu erfolgen. Alternativ ist auch die Angabe des Heilmittels zusammen mit der Minutenzahl in Kurzform entsprechend dem Heilmittelkatalog möglich (MLD-30, MLD-45 oder MLD-60). Bei einer ggf. erforderlichen Kompressionsbandagierung (lymphologischer Kompressionsverband) im Zusammenhang mit manueller Lymphdrainage ist diese zusätzlich in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 mit Kompressionsbandagierung“), sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind. Gegebenenfalls erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen.

10 Anzahl pro Woche

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt eine Frequenzempfehlung anzugeben. Eine Empfehlung zur Behandlungsfrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel zu geben.

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

Für die Diagnosegruppe DF (Diabetisches Fußsyndrom) kann die Vertragsärztin/ der Vertragsarzt für Maßnahmen der Podologischen Therapie eine Frequenz von „alle 4 bis 6 Wochen“ empfehlen.

11 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der Heilmittelverordnung aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog zusammen (z. B. ZN2a oder DFa).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Therapierrelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

13 ICD-10-Code

Auf der Heilmittelverordnung ist der therapierrelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Verordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist (gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015).

14 *Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele*

Die Therapieziele sind von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

15 *Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)*

*Dieses Feld ist nur bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalles zu befüllen. In diesem Feld hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung anzugeben. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu nutzen (siehe auch Erläuterungen zu Feld **3**).“*

4. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 14 ändern sich wie folgt:

„Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) ist zu beachten.

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten geb. am

Unfall/Unfallfolgen

BVG: Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Wegegeld-/Pauschale Faktor km Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

1 Erstverordnung 2 Folgeverordnung 4 Gruppentherapie 5 Behandlungsbeginn spätestens am:

3 Verordnung außerhalb des Regelfalles 6 Ausbesuch 7 Therapiezeit

8 Stimmtherapie 8 Sprechtherapie 8 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: 9 Minuten Verordnungsmenge: 10 Therapiefrequenz: 11 pro Woche

12 ICD-10 - Code

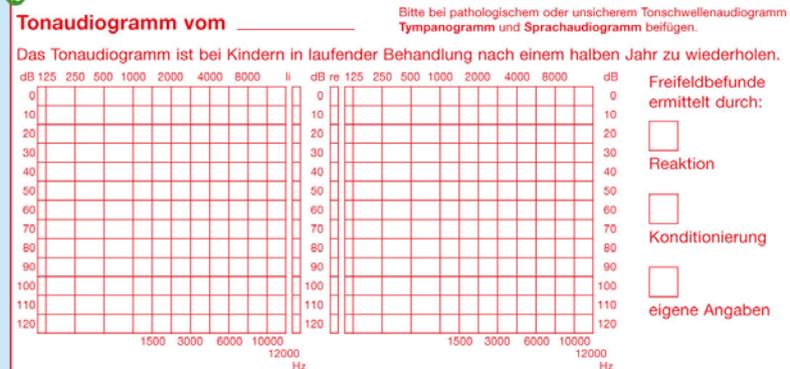
13 ICD-10 - Code

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)



Trommelfellbefund:

Rechts

Links

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Rechts Links Rechts Links

Lupenlaryngoskopie:

Lupenstroboskopie: Rechts Links

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

❶ *Erstverordnung*; ❷ *Folgeverordnung*; ❸ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*
Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als *Erstverordnung*, *Folgeverordnung* oder *Verordnung außerhalb des Regelfalles* darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

❶ *Erstverordnung*

Jeder Regelfall beginnt mit einer *Erstverordnung*. In diesem Fall ist das Kästchen „*Erstverordnung*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Vor der *Erstverordnung* ist eine *Eingangsdagnostik* durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt notwendig. Bei der *Eingangsdagnostik* sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß *Heilmittel-Richtlinie* durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld ❸).

❷ *Folgeverordnung*

Nach einer *Erstverordnung* gilt jede *Verordnung* zur *Behandlung* derselben *Erkrankung* und desselben *Regelfalles* als *Folgeverordnung*. In diesem Fall ist das Kästchen „*Folgeverordnung*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der *Behandlung* die *Leitsymptomatik* ändert und unterschiedliche *Maßnahmen* der *Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie* zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer *Regelfall* beginnt ist wieder eine *Erstverordnung* auszustellen (vgl. § 7 *HeilM-RL*). Auch vor *Folgeverordnungen* ist die erneute störungsbildabhängige *Erhebung* des aktuellen *Befundes* erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶).

❸ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*

Lässt sich mit der nach *Maßgabe* des *Heilmittel-Kataloges* bestimmten *Gesamtverordnungsmenge* im *Regelfall* die *Behandlung* nicht abschließen, sind weitere *Verordnungen* möglich (*Verordnungen außerhalb des Regelfalles*, insbesondere längerfristige *Verordnungen*). In diesem Fall ist das Kästchen „*Verordnung außerhalb des Regelfalles*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Solche *Verordnungen* bedürfen einer besonderen *Begründung* mit *prognostischer Einschätzung* (siehe Feld ❷). Auch vor *Verordnung außerhalb des Regelfalles* ist die erneute störungsbildabhängige *Erhebung* des aktuellen *Befundes* erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶).

Verordnungen aufgrund eines „langfristigen Heilmittelbedarfs“ können gemäß § 8a Abs. 8 der Heilmittel-Richtlinie unmittelbar als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen sein muss.

④ Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifischen gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

⑤ Behandlungsbeginn spätestens am

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010217) anzugeben.

⑥ Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

⑦ Therapiebericht

Auf Wunsch kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt einen Therapiebericht beim Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

⑧ Stimmtherapie, Sprechtherapie und Sprachtherapie

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens Stimmtherapie, Sprechtherapie und/oder Sprachtherapie. Es muss mindestens ein Heilmittel verordnet werden.

⑨ Therapiedauer pro Sitzung

Die Therapiedauer ist nach Maßgabe des Heilmittelkataloges in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des Patienten mit den Minutenangaben 30, 45 oder 60 Minuten auszufüllen.

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist (siehe § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL).

10 Verordnungsmenge

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Angabe der Verordnungsmenge den Wert gemäß ausgewähltem Diagnoseschlüssel ggf. in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (HeilM-RL Teil 2) nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.

11 Therapiefrequenz

Im Feld „Therapiefrequenz“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt eine Frequenzempfehlung anzugeben. Eine Empfehlung zur Behandlungsfrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel zu geben.

Besonderheit bei der Verordnung von Stimmtherapie bei Aphonie

Für die Diagnosegruppe ST3 (Psychogene Erkrankungen der Stimme – Aphonie) kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt mehrere Einheiten pro Tag verordnen.

12 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie lediglich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SC2 oder RE1).

13 Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z. B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

*Therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben (siehe Erläuterungen zu Feld **1**).*

14 ICD-10-Code

Auf der Heilmittelverordnung ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Geltendmachung besonderer Ordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Ordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Ordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist (gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015).

15 Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z. B. psychointellektueller Befund)

In diesem Feld kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt neurologische und pädiatrische Besonderheiten angeben, die für eine Maßnahme der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie von Relevanz sind.

16 Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Therapieziele sind von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

17 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

*Dieses Feld ist nur bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalles zu befüllen. In diesem Feld hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung anzugeben. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu nutzen (siehe auch Erläuterungen zu Feld **3**).*

18 Tonaudiogramm/ Trommelfellbefund/ Laryngologischer Befund

In diesen Feldern kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt therapierelevante Befundergebnisse der ärztlichen Diagnostik angeben.“

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung.

5. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 18 ändern sich wie folgt:

„Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)“

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) ist zu beachten.

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten			IK des Leistungserbringers
Unfall/Unfallfolgen	geb. am			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				
1	Erstverordnung	2	Folgeverordnung	
3	Verordnung außerhalb des Regelfalles	4	Gruppentherapie	
5	Verordnung außerhalb des Regelfalles	6	Handlungsbeginn spätestens am	
7	Hausbesuch	8	Therapiezeit	
Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor Rechnungnummer Belegnummer				
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				
8	Verordnungsmenge	9	Heilmittel	
			10 Anzahl pro Woche	
Indikationsschlüssel		Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde		
11	ICD-10 - Code	12		
13	ICD-10 - Code			
14	Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten			
15	Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele			
16	Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)			
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				

Muster 18 (1.2017)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

❶ *Erstverordnung*; ❷ *Folgeverordnung*; ❸ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*
Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als *Erstverordnung*, *Folgeverordnung* oder *Verordnung außerhalb des Regelfalles* darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

❶ *Erstverordnung*

Jeder Regelfall beginnt mit einer *Erstverordnung*. In diesem Fall ist das Kästchen „*Erstverordnung*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Vor der *Erstverordnung* ist eine *Eingangsdagnostik* durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt notwendig. Bei der *Eingangsdagnostik* sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß *Heilmittel-Richtlinie* durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld ❷).

❷ *Folgeverordnung*

Nach einer *Erstverordnung* gilt jede *Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung* und desselben Regelfalles als *Folgeverordnung*. In diesem Fall ist das Kästchen „*Folgeverordnung*“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der *Behandlung* die *Leitsymptomatik* ändert und unterschiedliche Maßnahmen der *Physikalischen Therapie* zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt ist wieder eine *Erstverordnung* auszustellen (vgl. § 7 *HeilM-RL*). Auch vor *Folgeverordnungen* ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶).

❸ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*

Lässt sich mit der nach Maßgabe des *Heilmittelkataloges* bestimmten *Gesamtverordnungsmenge* im Regelfall die *Behandlung nicht abschließen*, sind weitere *Verordnungen* möglich (*Verordnungen außerhalb des Regelfalles*, insbesondere längerfristige *Verordnungen*). In diesem Fall ist das Kästchen „*Verordnung außerhalb des Regelfalles*“ von der Vertragsärztin /dem Vertragsarzt anzukreuzen. Solche *Verordnungen* bedürfen einer besonderen *Begründung mit prognostischer Einschätzung* (siehe Feld ❷). Auch vor *Verordnung außerhalb des Regelfalles* ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶).

Verordnungen aufgrund eines „langfristigen Heilmittelbedarfs“ können gemäß § 8a Abs. 8 der Heilmittel-Richtlinie unmittelbar als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen sein muss.

4 *Gruppentherapie*

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifischen gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

5 *Behandlungsbeginn spätestens am*

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z.B. 010217) anzugeben.

6 *Hausbesuch*

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

7 *Therapiebericht*

Auf Wunsch kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt einen Therapiebericht beim Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

8 *Verordnungsmenge*

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Angabe der Verordnungsmenge den Wert gemäß ausgewähltem Diagnoseschlüssel ggf. in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (HeilM-RL Teil 2) nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung. Werden bei der Verordnung von Ergotherapie mehrere „vorrangige Heilmittel“ gleichzeitig verordnet, darf die Summe der einzelnen verordneten Heilmittel nicht die maximale Verordnungsmenge je Verordnung nach Maßgabe des Heilmittelkataloges überschreiten.

Besonderheit bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist (siehe § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL).

9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Es gibt die Möglichkeit mehrere „vorrangige Heilmittel“ gleichzeitig zu verordnen (siehe auch Erläuterungen zu Feld 8).

10 Anzahl pro Woche

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt eine Frequenzempfehlung anzugeben. Eine Empfehlung zur Behandlungsfrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel zu geben.

11 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht bei der Verordnung von Ergotherapie lediglich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SB1 oder PS2).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Therapierrelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

13 ICD-10-Code

Auf dem Verordnungsvordruck ist der therapierrelevante ICD-10- GM-Code¹ anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Geltendmachung besonderer Ordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie (langfristiger Heilmittelbedarf) bzw. der

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung.

in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Verordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist (gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015).

14 *Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten*

In diesem Feld kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt neurologische bzw. psychiatrische, pädiatrische oder orthopädische Besonderheiten angeben, die als zusätzliche Information für die Therapie von Relevanz sind.

15 *Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele*

Die Therapieziele sind von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

16 *Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)*

*Dieses Feld ist nur bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalles zu befüllen. In diesem Feld hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung anzugeben. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu nutzen (siehe auch Erläuterungen zu Feld **3**).*

Artikel 3

Inkrafttreten

Die Änderung der Vordruckerläuterungen zu den Mustern 1 und 2 treten mit Wirkung zum 01.07.2016 in Kraft.

Die geänderten Muster 13, 14 und 18 sowie die zugehörigen Vordruckerläuterungen treten mit Wirkung zum 01.01.2017 in Kraft. Alte Vordrucke dürfen nicht aufgebraucht werden.

Berlin, den 05.05.2016

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin