

Erläuterungen

zur Vereinbarung über

Vordrucke für die

vertragsärztliche Versorgung

Stand: April 2019

Allgemeines		5
Muster 1:	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	7
Muster 2:	Verordnung von Krankenhausbehandlung	11
Muster 3:	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	13
Muster 4:	Verordnung einer Krankenförderung	14
Muster 5:	Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	20
Muster 6:	Überweisungsschein	22
Muster 7:	Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen	25
Muster 8:	Sehhilfenverordnung	26
Muster 8A:	Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	26
Muster 9:	Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes	28
Muster 10:	Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	30
Muster 10A:	Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	34
Muster 11:	Bericht für den Medizinischen Dienst	36
Muster 12:	Verordnung häuslicher Krankenpflege	37
Muster 13:	Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Podologischen Therapie	42
Muster 14:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	47
Muster 15:	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	51
Muster 16:	Arzneiverordnungsblatt	52
Muster 17:	unbesetzt	56
Muster 18:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie)	57
Muster 19:	Notfall-/Vertretungsschein	63

Muster 20:	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan).....	64
Muster 21:	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.....	66
Muster 22:	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	67
Muster 23 und 24:	unbesetzt	69
Muster 25:	Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V	70
Muster 26:	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V.....	71
Muster 27:	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V.....	75
Muster 28:	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten.....	77
Muster 29:	unbesetzt.....	80
Muster 30:	Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung.....	81
Muster 31 bis 35:	unbesetzt	82
Muster 36:	Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V	83
Muster 37 und 38:	unbesetzt	84
Muster 39:	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Frauen	85
Muster 40:	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Männer.....	86
Muster 41 bis 49:	unbesetzt	87
Muster 50:	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse.....	88
Muster 51:	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers ...	89
Muster 52:	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	90
Muster 53:	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten	94
Muster 54:	unbesetzt.....	95
Muster 55:	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	96

Muster 56:	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining	98
Muster 57 bis 60:	unbesetzt	104
Muster 61 Teil A:	Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	105
Muster 61 Teil B bis D:	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	108
Muster 62:	unbesetzt.....	116
Muster 63:	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	117
Muster 64	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V	119
Muster 65:	Ärztliches Attest Kind	125
Muster 66 bis 69:	unbesetzt	128
Muster 70:	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	129
Muster 70A:	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	131
Muster 71 bis 84:	unbesetzt	132
Muster 85:	Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V.....	133
Muster 86:	Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK	134
Muster 87 bis 99A	unbesetzt	134

Allgemeines

1. Die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung gelten inhaltlich und auch in der Gestaltung einheitlich im gesamten Bundesgebiet. Der Vertragsarzt darf nur solche Vordrucke verwenden, die ihm von seiner Kassenärztlichen Vereinigung oder von sonst autorisierten Stellen zur Verfügung gestellt worden sind.
2. Ganz besonders wird darauf hingewiesen, dass alle Vordrucke erst nach ihrer Ausfüllung – **nicht blanko** – unterschrieben werden dürfen.
3. Die **Weitergabe von Vordrucken** an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie die Verwendung in der Privatpraxis sind unstatthaft.
4. Die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind **so sorgfältig aufzubewahren**, dass eine missbräuchliche Verwendung ausgeschlossen ist.

Der Vertragsarzt haftet für schuldhafte Verletzung seiner Sorgfaltspflicht.

5. Die Vordrucke sind **vollständig, sorgfältig und leserlich auszufüllen**, vom Vertragsarzt mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und **persönlich zu unterzeichnen**. Die Unterschrift darf nicht mittels roter Farbe erfolgen. Die persönliche Unterschrift des abrechnenden Arztes auf den Abrechnungsscheinen kann entfallen, wenn an ihrer Stelle eine vereinbarte und von der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt gegebene Sammelerklärung abgegeben wird.

Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragsarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits eingedruckt ist. Bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen kann auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken, wenn die Erstellung der Abrechnung mittels EDV erfolgt, der Inhalt des Vertragsarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle eingedruckt werden.

Im Personalienfeld der Vordrucke müssen die Betriebsstätten-Nr. und die Arzt-Nr. numerisch linksbündig ausgedruckt werden. Eine Verwendung anderer Zeichen, wie z. B. „-“, „/“ oder „blank“ (= Leerzeichen) ist wegen der maschinellen Lesung nicht statthaft.

Auch bei der Ausfüllung der Vordrucke **mittels EDV** hat die Beschriftung zeilen- und spaltengerecht zu erfolgen, wobei geringfügige Abweichungen hinsichtlich der Zeilengenaugkeit toleriert werden.

6. Wird die elektronische Gesundheitskarte vorgelegt, überträgt der Arzt die Daten maschinell auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung unter Verwendung eines Kartenterminals sowie in Verbindung mit seiner Praxis-EDV. Bei Hausbesuchen füllt der Arzt das Personalienfeld manuell aus, wenn ihm keine entsprechend vorbereiteten Vordrucke vorliegen.

Zu den über die elektronische Gesundheitskarte ausgedruckten numerischen Angaben ist folgendes anzumerken:

Hinter dem Kassennamen im Personalienfeld wird eine zweistellige Nummer angegeben. Diese beinhaltet eine eindeutige Zuordnung des Wohnorts der Versicherten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Im Statusfeld wird obligat die Versichertenart, optional die besondere Personengruppe und optional das DMP-Kennzeichen gedruckt. Nähere Informationen zur Verwendung der Versichertenstammdaten sind in der Technischen Anlage zur Anlage 4a BMV-Ä aufgeführt.

Ferner enthält das Personalienfeld das Ausstellungsdatum und optional das Datum an dem der Versicherungsschutz endet. Letzteres wird unterhalb des Geburtsdatums im Adressfeld eingedruckt.

Näheres über die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Arztpraxis sowie über das Ersatzverfahren bei Nichtvorlage der Karte oder aus anderen Gründen ist der Anlage 4a BMV-Ä der „Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte“ zu entnehmen.

7. Bei der Transformation unterschiedlicher Kartentypen und Versichertenstammdaten-Versionen muss die von der KBV vorgegebene Umsetztabelle in aktueller Version verwendet werden. Näheres über die Datentransformation ist in der Anlage 4a BMV-Ä zu entnehmen.
8. Bei **Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen** können nur die Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), 4 (Verordnung einer Krankenbeförderung) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) verwendet werden. Das Ankreuzfeld „**Unfall/Unfallfolgen**“ ist nicht bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten usw. zu verwenden, sondern nur bei sonstigen Unfällen (z. B. Haus-, Sport-, Verkehrsunfällen).
9. Die Vordrucke sind jeweils unten rechts nummeriert, wobei zusätzlich der Monat und das Jahr ihrer Einführung bzw. ihrer letzten Änderung angegeben sind.
10. Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes sind – sofern keine gesonderten Regelungen bestehen – nur nach den Leistungspositionen des Abschnittes II. 1.6 EBM berechnungsfähig, die auf den vereinbarten Vordrucken angegeben sind. Kurze Bescheinigungen und Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken ohne entsprechenden Aufdruck sind ohne besonderes Honorar, ggf. gegen Erstattung von Auslagen, auszustellen.
11. Für die Beantwortung von Kassenanfragen (Muster 50, 51, 52, 53) ist dem Arzt von der Krankenkasse grundsätzlich ein Freiumschlag beizulegen.

Der Versand dieser Anfragen und der Rückantwort kann auch unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mittels Telefax erfolgen. In diesem Falle entfällt die Verpflichtung der Krankenkassen, einen Freiumschlag beizufügen.

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung und ist während dieser Zeit mit Muster 1 zu bescheinigen.

Der Arzt soll den für ihn bestimmten Durchschlag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1d) mindestens 12 Monate aufbewahren.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erst-/ Folgebescheinigung

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

② Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/ dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

Liegt kein Ausnahmesachverhalt vor, welcher den Vertragsarzt/die Vertragsärztin gemäß § 26 des Vertrages der Ärzte mit den Unfallversicherungsträgern (§ 34 Abs. 3 SGB VII) von der Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt befreit, ist zusätzlich „dem Durchgangsarzt zugewiesen“ anzukreuzen. Eine Vorstellung bei einem Durchgangsarzt ist z.B. nicht erforderlich, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus nicht zur Arbeitsunfähigkeit führt oder die notwendige ärztliche Behandlung voraussichtlich nicht über eine Woche andauert oder keine Heil- und Hilfsmittel zu verordnen sind oder es sich nicht um eine Wiedererkrankung aufgrund von Unfallfolgen handelt. Bei einer isolierten Augen- oder HNO-Verletzung überweist der Vertragsarzt/die Vertragsärztin unmittelbar an einen Facharzt/eine Fachärztin. Bei besonderen Verletzungen wie schweren, komplizierten Arm- oder Beinbrüchen erfolgt eine Überweisung an ein Krankenhaus, das am Verletzungs- bzw. Schwerstverletzungsverfahren der Unfallversicherung beteiligt ist. Diese Verletzungen sind in dem Vertragsartenverzeichnis aufgelistet (Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Andere Verletzungen, die stationärer Versorgung bedürfen, können in Krankenhäusern mit Durchgangsarzten behandelt werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1 1 Erstbescheinigung 1 Folgebescheinigung
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

2 ☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

2 ☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

3

4

5

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

7 ☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

9 ☐ Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

9 ☐ Sonstige

8 ☐ Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

9 ☐ stufenweise
Wiedereingliederung

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Im Krankengeldfall

10 ☐ ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

11 ☐ Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

③ arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an bei dem/der Versicherten nach dem von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme der Vertragsärztin/des Vertragsarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. 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.

Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Falle sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, kann die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ unterbleiben.

Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010215) anzugeben.

④ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen ärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der Vertragsarzt/die Vertragsärztin kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010215) anzugeben.

⑤ festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum ärztlich festgestellt wurde.

Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut ärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für den Versicherten.

⑥ AU-begründende Diagnose(n)

Bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD-10-Kodierung notwendig ist.

⑦ sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

⑧ Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt worden. Hierunter sind z.B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden)
- Opferentschädigungsgesetz (z.B. Opfer von Gewalttaten)
- Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe)
- Soldatenversorgungsgesetz

⑨ Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten. Sofern der Vertragsarzt/die Vertragsärztin die Notwendigkeit zur Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, stufenweisen Wiedereingliederung oder sonstiger Maßnahmen (z.B. Leistungen zur Teilhabe oder betriebliches Eingliederungsmanagement) für erforderlich hält, sollte dies möglichst gleichzeitig zusammen mit dem Versicherten auf dem dafür vorgesehenen Antrag/Verordnungsmuster eingeleitet werden und der Antrag unter „Sonstige“ angegeben werden. Ist eine direkte Einleitung nicht möglich, ist die Empfehlung hier anzugeben.

⑩ ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der Vertragsarzt/die Vertragsärztin über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z.B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des Vertragsarztes/der Vertragsärztin für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Arzt/die Ärztin beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

⑪ Endbescheinigung

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragsarzt/die Vertragsärztin kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

1. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung darf, von Notfällen abgesehen, nur erfolgen, wenn der behandelnde *Vertragsarzt* festgestellt hat, dass der Zustand des Kranken dies notwendig macht.

Vor der Verordnung von Krankenhausbehandlung hat der *Vertragsarzt* alle notwendigen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst angezeigt und wirtschaftlich sind, um die Einweisung in das Krankenhaus entbehrlich zu machen. Insbesondere soll er **prüfen, ob häusliche Krankenpflege anstelle der Krankenhausbehandlung ausreicht**. Bei Verordnung von Krankenhausbehandlung sind die Krankenhauspflege-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten. Der Vordruck ist nicht zu verwenden bei Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

2. **Nur bei medizinischer Notwendigkeit** darf die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Die Begründung soll sich aus der Angabe der Diagnose ergeben. Soweit sich bereits aus der Diagnose oder den Symptomen regelmäßig die Notwendigkeit der Einweisung ergibt, genügt deren Angabe. Z.B. erübrigt sich bei der Diagnose „akute Appendizitis“ eine weitere Begründung.

Nach § 73 Abs. 4 SGB V sind in den geeigneten Fällen auch die beiden **nächsterreichbaren**, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung **geeigneten Krankenhäuser** anzugeben.

3. **Anspruch auf Krankenhausbehandlung** zu Lasten der Krankenkassen **besteht nicht** bei einem Pflegefall, bei sozialer Indikation, bei Maßnahmen, die nicht der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen, z.B. Schönheitsoperationen.
4. Der Vertragsarzt füllt zunächst im Durchschreibeverfahren den Teil 2a des Vordrucksatzes vollständig aus. Dabei ist auch darauf zu achten, dass, sofern die Krankenhausbehandlung **aufgrund eines Unfalles oder von Unfallfolgen** (keine Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten) erforderlich wird, eine entsprechende Kennzeichnung vorgenommen wird, damit die Krankenkassen in der Lage sind, ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend zu machen.
5. Bei Aushändigung der Verordnung (Teil 2a) soll der *Vertragsarzt* den Patienten auf die **Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse** (s. Rückseite des Vordruckes) hinweisen. In Notfällen entfällt die Genehmigungspflicht. Auf Teil 2b hat der Arzt notwendige Informationen für den Krankenhausarzt einzutragen. Dieser Teil ist zusammen mit allen für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen dem Patienten für den Krankenhausarzt mitzugeben.

Der *Vertragsarzt* wird im Einzelfall zu entscheiden haben, ob er dem Patienten neben dem Muster 2a auch Muster 2b offen oder in einem verschlossenen Briefumschlag mitgibt.

6. Soll die Krankenhausbehandlung durch einen **Belegarzt** erfolgen, ist dies auf dem Vordruck durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens zu kennzeichnen. Der die Verordnung ausstellende Belegarzt hat den Teil a des Musters 2 auszustellen. Nr. 5 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Abrechnung der belegärztlichen Leistung erfolgt auf Muster 5.
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.

Muster 3: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

1. Dieses Zeugnis darf nur auf Grund einer **ärztlichen Untersuchung der Schwangeren** ausgestellt werden.
2. Für die Ausstellung dieses Zeugnisses sind **zwei Daten** wichtig, und zwar

das **Ausstellungsdatum** und das **Untersuchungsdatum**. Die Zahlung des Mutterschaftsgeldes erfolgt vor der Entbindung nur auf Grund dieses Zeugnisses, das bei der Feststellung der Schwangerschaft ausgestellt werden soll.
3. Es empfiehlt sich, für evtl. spätere Streitfälle wegen einer erheblichen Abweichung zwischen dem mutmaßlichen und dem tatsächlichen Entbindungstermin in der Kartei Aufzeichnungen über den Zeitpunkt der letzten Periode, der ersten Kindsbewegung und den Stand des Fundus uteri zu machen.
4. Die Ausstellung des Zeugnisses über den mutmaßlichen Tag der Entbindung (Muster 3) ist mit der Vorsorgeuntersuchung abgegolten, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Ausstellung durchgeführt wird. Falls jedoch die Schwangere deshalb den Arzt besonders aufsucht, kann eine Beratung berechnet werden.

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z.B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

1 Pflicht Krankenkasse bzw. Kostenträger 1 frei Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	4 Verordnung einer Krankenförderung 2 Unfall, Unfallfolge 2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit 2 Versorgungsleiden (z.B. BVG) 3 Hinfahrt 3 Rückfahrt
1. Grund der Beförderung Genehmigungsfreie Fahrten a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung 4 vor-/nachstationäre Behandlung b) 5 anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: 5 Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen) c) hochfrequente Behandlung 6 Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie 6 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich) d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung 7 Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 7 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich) Begründung 8 e) 9 anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben) 10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ Behandlungsstätte (Name, Ort)	
3. Art der Beförderung 11 Taxi/Mietwagen: 11 Rollstuhl: 11 Tragestuhl: 11 liegend 12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen 12 13 RTW 14 NAW/NEF 15 andere 15 Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) 16 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 4 (4.2019)

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Verordnung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ②),
- bei Verordnungen für Versicherte mit einem Versorgungsleiden (siehe ②) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

③ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verord-

nungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur angefallene Wartezeit durch den Vertragsarzt unter 16 bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

4 a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung
Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter 16 angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

5 b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationärsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung und
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall).

Der Anlass ist in der Freitextzeile 5 zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationärsersetzende Durchführung ist unter 16 anzugeben.

Bei nicht stationärsersetzenden ambulanten Operationen ist die Verordnung nicht auszustellen, so z.B. bei nicht stationärsersetzenden Katarakt-Operationen.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen unter 4. Zugleich ist der Operationstag unter 16 zu erfassen.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

c) hochfrequente Behandlung

⑥ Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist.

Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

⑥ vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **⑧** zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung

⑦ Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist auch für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

⑦ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den vorgenannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter **⑧** zu begründen.

⑧ Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach **⑥** und **⑦**.

⑨ e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten

während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z.B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird. Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter ⑫ zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine nicht zwingend medizinisch notwendige Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter ⑪ bis ⑮ anzugeben. Weiterhin ist unter ⑯ der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

⑩ 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes) anzugeben.

Dabei ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

3. Art der Beförderung

⑪ Taxi/Mietwagen: Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen hier zusätzlich zu kennzeichnen. Es handelt sich hierbei nicht um besondere Einrichtungen des KTW. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

⑫ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung eines KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen.

⑬ RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

14 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z.B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

16 Sonstiges

Dieses Freitextfeld ist für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. mit Namensnennung der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/ Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationäreretzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Muster 5: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie

1. Der Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob es sich um **ambulante Behandlung** oder **belegärztliche Behandlung** handelt. Behandelt der Belegarzt denselben Patienten in einem Quartal sowohl ambulant als auch stationär, sind zwei Abrechnungsscheine auszustellen; jeder ist entsprechend anzukreuzen.
2. Sofern die Behandlung aufgrund oder als Folge eines **Unfalls** durchgeführt wird, ist das Unfallfeld anzukreuzen, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen ist der Vordruck nicht zu verwenden. Die Abrechnung der Behandlung des Unfalls bzw. der Unfallfolgen ist mit dem Unfallversicherungsträger vorzunehmen (auf Vordruck A13 nach dem Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger). Unter Schülerunfällen sind auch Unfälle von Kindern in Kindergärten und von Studenten während des Studiums zu verstehen.

3. Das **Quartal** der Leistungserbringung ist in der Form „Q JJ“ in das betreffende Feld einzutragen.
4. Sofern die Behandlung zur **Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie** durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dient, hat der Konsiliararzt dies durch Ankreuzen des betreffenden Feldes kenntlich zu machen.
5. Die Behandlung als anerkannte Psychotherapie ist durch Ankreuzen im betreffenden Feld zu kennzeichnen. In diesem Fall ist zudem das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse einzutragen.
6. Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes mit einem X anzugeben. Für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht sind beide Felder mit einem X zu kennzeichnen.
7. Im Diagnosefeld („Diagnosen/ggf. Abrechnungsbegründungen“) sind die Diagnosen, ggf. auch andere Begründungen, in angemessener Kürze, aber so präzise anzugeben, dass sich daraus die Plausibilität der abgerechneten Leistungen erkennen lässt.
8. Zur Angabe der erbrachten Leistungen dient das Leistungsfeld. Die Eintragungen sind in der vorgegebenen Weise vorzunehmen. Hinter der Datumsangabe sind die Leistungen eines Arzt-Patienten-Kontaktes als Gebührenordnungsposition (GOP) gemäß EBM bzw. als weitere regional zulässige Abrechnungsnummer gemäß Vorgabe der zuständigen KV anzugeben. Erstrecken sich die Angaben zu einem Arzt-Patienten-Kontakt über mehr als eine Zeile, ist in den

Folgezeilen die Datumsangabe nicht zu wiederholen. Gibt es im Ausnahmefall am selben Tage mehrere Arzt-Patienten-Kontakte, ist hinter die erste Leistung jedes weiteren Arzt-Patienten-Kontaktes zusätzlich die Uhrzeit einzutragen.

Eine Leistung ist zu begründen, falls dies der EBM oder die zuständige KV vorgibt. Die Begründung ist hinter die betreffende GOP in Klammern zu setzen. Bei der Abrechnung ambulanter oder belegärztlicher Operationen des Abschnitts 31.2 EBM sind die Operations- und Prozedurenschlüssel und ggf. das Erst-OP-Datum, die auftretenden Komplikationen einschl. ICD-10-Codierung, die Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit sowie bei Simultaneingriffen die Diagnosen zum Haupt- und Nebeneingriff hinter der betreffenden GOP in Klammer zu setzen. Abweichende Eintragungsvorschriften der zuständigen KV bleiben davon unberührt.

Werden Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32 des EBM an demselben Körpermaterial durchgeführt, sind die Untersuchungen unter dem Datum einzutragen, an dem die letzte Einzeluntersuchung durchgeführt wurde, sofern das Körpermaterial an einem Tag oder an zwei aufeinander folgenden Tagen entnommen und ggf. an mehreren Tagen untersucht wurde.

Reicht das Leistungsfeld zur Notation der erbrachten Leistungen nicht aus, sind die Abrechnungsempfehlungen der zuständigen KV zu beachten. Dies gilt entsprechend für das Diagnosefeld.

9. Werden Leistungen der **Mutterschaftsvorsorge** abgerechnet, ist der mutmaßliche Tag der Entbindung in der Form „TTMMJJ“ im betreffenden Feld anzugeben.
10. Bei belegärztlicher Behandlung ist der **Zeitraum des stationären Aufenthaltes** im betreffenden Feld anzugeben.
11. Der Patient bestätigt an der dafür vorgesehenen Stelle – oberhalb des Feldes für den Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten – mit Datum und Unterschrift, dass er bei der angegebenen Krankenkasse versichert ist.

Eine Unterschrift des Patienten ist nicht erforderlich, wenn dieser einen gesetzlichen Vertreter hat (z.B. Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder zur Unterschriftsleistung nicht in der Lage ist. Die Unterschrift des Patienten entfällt, wenn im Quartal als einzige Leistungen Kosten, Berichte bzw. Kasenanfragen, Leistungen nach den GOP 01430, 01435 und 01820 EBM und/oder telefonische Beratungen nach den GOP 01214, 01216 und 01218 EBM im Behandlungsfall zur Abrechnung kommen.

12. Reicht der Vertragsarzt/Therapeut die Abrechnung auf Datenträger ein, kann er von der zuständigen KV von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit werden, wenn im jeweiligen Quartal das nicht veränderbare Einlesedatum der elektronischen Gesundheitskarte festgehalten und Bestandteil des Behandlungsfalls wird.

Muster 6: Überweisungsschein

Der Überweisungsschein dient der Überweisung zur Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen an einen anderen Vertragsarzt, eine nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtung. Ein Überweisungsschein ist auch dann zu verwenden, wenn der Vertragsarzt eine ambulante Operation im Krankenhaus, eine ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (in der bis zum 31.12.2011 gültigen Fassung) oder eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V veranlasst. Ärztliche Leistungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening erbracht werden, bedürfen keiner Überweisung auf Muster 6.

Ein Überweisungsschein darf nur ausgestellt werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt im betreffenden Quartal eine gültige elektronische Gesundheitskarte oder ein Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 BMV-Ä vorgelegt worden ist. Ausnahmen sind zulässig, wenn z. B. die zu veranlassenden Maßnahmen dringend erforderlich sind oder dem überweisenden Vertragsarzt die Kassenzugehörigkeit zweifelsfrei bekannt ist.

Der Arzt, der auf Überweisung tätig wird, ist grundsätzlich an den ausgestellten Überweisungsschein gebunden; er darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein (Muster 5) ausstellen.

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, dass dem Arzt, der auf Überweisung in Anspruch genommen wird, neben der elektronischen Gesundheitskarte auch der Überweisungsschein vorzulegen ist.

Vom überweisenden Vertragsarzt auszufüllen und vom Arzt, der auf Überweisung tätig wird, zu beachten:

1. Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob die Überweisung zur **kurativen Versorgung**, zur **Prävention**, zur Hinzuziehung eines Arztes bei **belegärztlicher Behandlung** oder als Zuweisung zu einer Behandlung gemäß § 116b SGB V erfolgt.
2. Das **Quartal** der Ausstellung der Überweisung ist in der Form „QJJ“ in das betreffende Feld einzutragen.

Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden.

3. Bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 EBM ist das **Datum der OP** in Form „TTMMJJ“ anzugeben.

4. Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes mit einem X anzugeben. Für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht sind beide Felder mit einem X zu kennzeichnen.
5. Der überweisende Vertragsarzt teilt dem auf Überweisung tätig werdenden Arzt durch Ankreuzen des Unfallfeldes mit, wenn die Behandlung aufgrund oder als Folge eines **Unfalles** erforderlich wird, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen ist der Vordruck nicht zu verwenden. Die Abrechnung der Behandlung des Unfalls bzw. der Unfallfolgen ist mit dem Unfallversicherungsträger vorzunehmen (auf Vordruck A13 nach dem Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger). Unter Schülerunfällen sind auch Unfälle von Kindern in Kindergärten und von Studierenden während des Studiums zu verstehen.

6. Sofern der überweisende Vertragsarzt eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hat, informiert er den auf Überweisung tätig werdenden Arzt, indem er das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit im Feld „**AU bis**“ angibt. Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Behandlungsführung auf den weiterbehandelnden Arzt übergehen soll.
7. In der Zeile „**Überweisung an ...**“ ist im Hinblick auf das Wahlrecht des Versicherten kein bestimmter Arzt anzugeben, sondern nur die zutreffende Gebietsbezeichnung (z. B. Augenheilkunde) einzutragen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Überweisungen an einen ermächtigten Arzt oder an eine ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtung zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (§ 24 Abs. 5 Bundesmantelvertrag – Ärzte). In diesen Fällen können Name und Anschrift des Ermächtigten angegeben werden.
8. Es ist jeweils anzukreuzen, ob die Überweisung zur **Ausführung von Auftragsleistungen**, zur **Konsiliaruntersuchung** oder zur **Mit-/ Weiterbehandlung** erfolgt.

Die Aufträge sind nach Art und Umfang konkret zu bestimmen (Angabe der Gebührenordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung). Der den **Auftrag** ausführende Arzt darf nur die Leistungen durchführen, die unter „Auftrag“ angegeben sind. Eine Erweiterung des Auftrages nach Art oder Umfang bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat; sie ist auf dem Vordruck zu vermerken.

Mit der Überweisung zur **Konsiliaruntersuchung** werden diagnostische Leistungen veranlasst, über deren Art und Umfang der ausführende Arzt entscheidet. Der Grund für die Untersuchung ist einzutragen. Der ausführende Arzt ist in der Wahl seiner diagnostischen Schritte frei. Diese Maßnahmen sollen innerhalb einer angemessenen Frist abgeschlossen sein und dem überweisenden Arzt baldmöglichst im Ergebnis bekannt gegeben werden. Therapeutische Maßnahmen sind nicht berechnungsfähig.

9. Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur Begleitung oder Ergänzung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. Bei einer Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit auf einen anderen Arzt übertragen. Auch bei Überweisungen zur Durchführung ambulanter Operationen ist das Feld „**Mit-/Weiterbehandlung**“ anzukreuzen.
10. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) besteht zwischen den Mitgliedern des Kernteams kein Überweisungserfordernis. Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung. Dazu muss das Feld „Behandl. gemäß § 116b SGB V“ nicht angekreuzt werden. Die erforderliche Kennzeichnung auf dem Überweisungsschein erfolgt bereits durch die Angabe der ASV-Teamnummer (anstelle der Betriebsstätten-Nr.) und einer zusätzlichen Kennzeichnung an Stelle 30 im Statusfeld des Personalienfeldes.
11. Bei Patienten mit **eingeschränktem Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V** hat der überweisende Vertragsarzt das entsprechende Feld anzukreuzen, um den Arzt, der auf Überweisung tätig wird, über den eingeschränkten Leistungsanspruch zu informieren.
12. Unter „**Diagnose/Verdachtsdiagnose**“, „**Befund/Medikation**“ bzw. „**Auftrag**“ hat der überweisende Vertragsarzt entsprechende Angaben zu machen, um dem Arzt, der auf Überweisung tätig wird, Hinweise für dessen Handeln zu geben und unnötige Kosten durch Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Daher soll auch der mit-/weiterbehandelnde Vertragsarzt über die bisher erhobenen Befunde und/oder Behandlungsmaßnahmen informiert werden.

Vom Arzt, der auf Überweisung tätig wird, zu beachten:

13. Der eine Auftragsleistung ausführende Arzt ist berechtigt, Teile dieses Auftrages, die er selbst nicht erbringen kann, von einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen zu lassen (Weiterüberweisung). Wenn die Ausführung einer Konsiliaruntersuchung durch den auf Überweisung tätig gewordenen Arzt ohne Inanspruchnahme eines weiteren Arztes nicht möglich ist, kann der Arzt, der die Konsiliaruntersuchung durchführt, einzelne Leistungen als Auftragsleistungen von einem anderen Arzt erbringen lassen.
14. Behandelt der Arzt, der auf Überweisung tätig geworden ist, einen Unfall, der sich erst während seiner Behandlungstätigkeit ereignet hat oder erst während seiner Behandlungstätigkeit bekannt geworden ist, kreuzt er ebenfalls das Unfallfeld an.

**Muster 7: *Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie
zur Abklärung somatischer Ursachen***

1. Der Therapeut muss vor der Antragstellung eines Patienten auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie zunächst abklären lassen, ob eventuell somatische Erkrankungen des Patienten vorliegen. Hierfür wird das Muster 7 benutzt.
2. Der Therapeut liest die elektronische Gesundheitskarte des Patienten ein und füllt das Diagnosen-/Indikationsfeld aus. Zusätzlich kann er noch weitergehende Information für den Konsiliararzt eintragen. Die Gruppe der zur Abfassung eines Konsiliarberichtes berechtigten Vertragsärzte ist in der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19.02.2009 (Abschnitt F, §24) festgelegt.

Muster 8: Sehhilfenverordnung

Muster 8A: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen

Die Verordnung von Sehhilfen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur aufgrund einer augenärztlichen Untersuchung erfolgen und darf nur von solchen Vertragsärzten vorgenommen werden, die in der Lage sind, die Notwendigkeit und Art der benötigten Sehhilfen selbst zu bestimmen. Es ist nicht statthaft, hiermit Optiker zu beauftragen, und dann nach deren Angaben das Ausfüllen des Musters 8 bzw. 8A vorzunehmen. Bei vergrößernden Sehhilfen ist vom Augenarzt vor Ausstellung einer Verordnung zu prüfen, ob der Versicherte das Hilfsmittel ziel führend nutzen kann.

1. Auf dem Verordnungsblatt ist durch Ankreuzen zu kennzeichnen, ob die Verordnung einer Sehhilfe auf Grund eines Unfalls oder eines Versorgungsleidens (BVG) notwendig ist.
2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe verordnungsfähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der WHO-Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge maximal 0,3 beträgt. Maßgeblich hierfür ist der Fernvisus. In Fällen, in denen eine vergrößernde Sehhilfe (Muster 8A) verordnet wird, ist der Wert des bestkorrigierten Fernvisus für das rechte und linke Auge unter Angabe der verwendeten Sehhilfe (Brille und/oder Kontaktlinse) und der benötigte Vergrößerungsbedarf anzugeben.
3. Eine therapeutische Sehhilfe ist verordnungsfähig, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen (die als zugelassene Indikationen in den Hilfsmittelrichtlinien unter Punkt 60 aufgeführt sind) dient.
4. Für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, besteht ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Bei Kurzsichtigkeit ist eine Verordnung auch dann möglich, wenn sich mit den Folgegläsern eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20 Prozentpunkte erzielen lässt.

Bei gegebener Indikation zur Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen ergibt sich die Notwendigkeit zur Wiederversorgung aus dem Erkrankungsverlauf bzw. Behandlungskonzept.

5. Der Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen,
 - ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt,
 - welche Änderung im Hinblick auf die oben genannten Grenzen festgestellt wurden,
 - ob eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 WHO-Klassifikation vorliegt. Hier sind keine Angaben notwendig, wenn Kinder und Jugendli-

che (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) zu versorgen sind bzw. wenn es sich bei der Verordnung um therapeutische Sehhilfen handelt.

6. Die Felder „Reparatur“ und „Ersatz“ sind anzukreuzen, wenn eine Reparatur notwendig ist oder eine Ersatzbeschaffung nach Abschnitt E der Hilfsmittel-Richtlinien möglich ist.
7. Bei der Versorgung von Sehhilfen (Muster 8) ist die Menge und Art der Verordnung anzugeben. Hier sind auch Angaben zu besonderen Gläsern/Sehhilfen zu machen. Dabei ist die genaue Bezeichnung der Verordnung (z.B. Bifokal-, Lichtschutz-, Kunststoffgläser) oder zu anderen Sehhilfen (z.B. Kontaktlinsen) anzugeben.
8. Bei der Versorgung von vergrößernden Sehhilfen (Muster 8A) ist die Menge und Art der Verordnung mit genauer Bezeichnung (z.B. elektronisch vergrößernde Sehhilfe, Lupen, Lupenbrillen, Fernrohr-lupenbrillen) anzugeben.
9. Unter Diagnose/Begründung ist gemäß Abschnitt E Hilfsmittel-Richtlinien für die Verordnung von Sehhilfen anzugeben, welche Indikation der Verordnung zu Grunde liegt und die Begründung für die Art der Sehhilfenverordnung (z.B. Lichtschutzgläser bei Aniridie). Bei Keratokonus sind zusätzlich mindestens die zentralen Hornhautradien anzugeben.
Bei einer Verordnung von vergrößernden Sehhilfen (Muster 8A) ist die Notwendigkeit einer binocularen Versorgung zu begründen.

Muster 9: Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

Die Krankenkassen zahlen nach der Entbindung grundsätzlich acht Wochen Mutterschaftsgeld. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt wird, verlängert sich der Zeitraum von acht auf zwölf Wochen.

Für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten und bei Kindern mit einer Behinderung benötigen die Krankenkassen eine ärztliche Bescheinigung. In beiden Fällen ist hierfür das Muster 9 zu nutzen. Liegt (zugleich) eine Mehrlingsgeburt vor, ist das Muster 9 nicht auszustellen, da den Krankenkassen die Information über die Mehrlingsgeburt in der Regel durch Vorlage der Geburtsurkunden kurzfristig vorliegt.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes 9 <i>Erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes. Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten.</i>
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

1. Frühgeburt, geboren am 1 T T M M J J

2 ☐ a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm

3 ☐ b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft

4 ☐ c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)

2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

5 ☐ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor
Bitte Rückseite ausfüllen!

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 9 (4.2019)

Zu 1. Frühgeburt

Eine nach Muster 9 zu bescheinigende Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind lebend geboren wird und das Geburtsgewicht weniger als 2.500 Gramm beträgt oder wenn bei einem Geburtsgewicht von 2.500 Gramm oder mehr ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf des Kindes besteht. Um eine zu bescheinigende Frühgeburt handelt es sich auch, wenn

- ein Kind tot geboren wird oder während der Geburt verstirbt

- sein Gewicht mindestens 500 Gramm beträgt oder die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde und
- die Anzeichen einer Frühgeburt im Sinne der Ziffer ② oder ③ vorliegen.

① Geburtsdatum des Kindes

Die Angabe ist sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010218) anzugeben.

② Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm

Hier ist durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens zu bestätigen, dass das Geburtsgewicht weniger als 2.500 Gramm beträgt.

③ Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, jedoch wesentlich erweiterter Pflegebedarf

Sofern das Geburtsgewicht mindestens 2.500 Gramm beträgt, jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf des Kindes wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen (an Rumpf, Haut, Fettpolstern, Nägeln, Haaren, äußeren Geschlechtsorganen) oder wegen verfrühter Beendigung der Schwangerschaft besteht, liegt ebenfalls eine Frühgeburt im Sinne des Mutterschutzgesetzes und des § 24i SGB V (Mutterschaftsgeld) vor. Dies ist auf dem Vordruck durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens zu kennzeichnen.

④ Totgeburt

Liegen die Anzeichen einer Frühgeburt im Sinne der Ziffer ② oder ③ vor, das Kind wird jedoch mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder bei Erreichen der 24. Schwangerschaftswoche auch mit einem Gewicht unter 500 Gramm tot geboren oder verstirbt während der Geburt, ist dieses Feld anzukreuzen.

Sofern das Gewicht weniger als 500 Gramm beträgt und die 24. Schwangerschaftswoche nicht erreicht wurde (Fehlgeburt), ist die Bescheinigung nicht auszustellen, da kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht.

Zu 2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

⑤ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

Von einer Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist auszugehen, wenn bei dem Kind körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen vorliegen, die es an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine solche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. In diesen Fällen ist das Kästchen „Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor“ von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin anzukreuzen.

Die ärztliche Feststellung muss gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 3 MuSchG innerhalb von acht Wochen nach der Entbindung erfolgen, damit sich die Schutzfrist nach der Entbindung und somit die Zahlung von Mutterschaftsgeld von acht auf zwölf Wochen verlängert. Nach diesem Zeitraum ist die Bescheinigung einer Behinderung des Kindes daher nicht mehr auszustellen.

Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen der kurativen Versorgung, der Prävention, der Empfängnisregelung/Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch oder bei belegärztlicher Behandlung erfolgt.

2 Unfall, Unfallfolgen

Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, wenn die Behandlung aufgrund oder als Folge eines Unfalles erforderlich wird, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

3 Auftragsnummer des Labors

Das umrandete Feld „Auftragsnummer des Labors“ kann fakultativ von dem im Auftrag tätig gewordenen Arzt für eigene Zwecke genutzt werden.

4 Ausnahmeindikation

Die Angabe der Kennnummer(n) für bestimmte Untersuchungsindikationen erfolgt gemäß den Bestimmungen des EBM ausschließlich in der Abrechnung der veranlassenden Arztpraxis. Die Kennzeichnung auf dem Muster 10 ist entbehrlich.

Ausnahmen:

- Knappschaftsärzte tragen für die Veranlassung von Laboratoriumsuntersuchungen bei Knappschaftsversicherten die Ziffer 87777 ein.
- Die Veranlassung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen muss entweder durch Angabe der Kennnummer 32007 oder durch Angabe im Feld „Auftrag“ kenntlich gemacht werden.

5 Quartal

Das Quartal der Ausstellung der Überweisung ist in der Form „QJJ“ in das betreffende Feld einzutragen.

Beginnt der im Auftrag tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden.

6 Geschlecht

Das Geschlecht des Patienten ist durch Eintragung von „W“ oder „M“ in das betreffende Feld anzugeben. Für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht sind beide Felder mit einem X zu kennzeichnen.

7 Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion

Werden direkte oder indirekte Nachweise von Krankheitserregern im Rahmen einer Kontrolluntersuchung bei einer bereits bekannten Infektion beauftragt, ist das Feld „Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion“ anzukreuzen. Im Freitextfeld „Befund/Medikation“ ist zudem der Sachverhalt zu erläutern. Erkrankungen mit Meldepflicht sind § 7 Infektionsschutzgesetz zu entnehmen.

8 Behandlung gemäß § 116b SGB V (ASV)

In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) besteht zwischen den Mitgliedern des Kernteams kein Überweisungserfordernis. Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung. Dazu muss das Feld „Behandl. gemäß § 116b SGB V“ nicht angekreuzt werden. Die erforderliche Kennzeichnung auf dem Überweisungsschein erfolgt bereits durch die Angabe der ASV-Teamnummer (anstelle der Betriebsstätten-Nr.) und einer zusätzlichen Kennzeichnung an Stelle 30 im Statusfeld des Personalienfeldes.

9 Eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Absatz 3a SGB V

Sollte durch den Versicherten ein Muster 85 (Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V) vorgelegt werden, so sind durch den überweisenden Arzt nur Überweisungen im Rahmen akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft zu tätigen. Der überweisende Vertragsarzt kennzeichnet dies entsprechend durch Ankreuzen des Feldes „eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Absatz 3a SGB V“.

10 Abnahmedatum

Das Abnahmedatum ist nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen vom Einsender, falls für die Befundung der Ergebnisse erforderlich, in das entsprechende Feld einzutragen (Form TTMMJJ).

11 Abnahmezeit

Die Abnahmezeit ist nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen vom Einsender, falls für die Befundung der Ergebnisse erforderlich, in das entsprechende Feld einzutragen (Form hhmm).

12 Eilige Befundübermittlung

Der überweisende Vertragsarzt kann bei einer eiligen Befundübermittlung diese als solche kennzeichnen und vermerken, an welche Telefon- bzw. Faxnummer der Befund ebenfalls nachrichtlich zu übermitteln ist.

13 Diagnose/Verdachtsdiagnose – Befund/Medikation – Auftrag

Der überweisende Vertragsarzt hat nach Nennung der Diagnose/Verdachtsdiagnose möglichst als ICD-Code, des Befundes bzw. der Medikation die Auftragsleistungen im Auftragsfeld nach Art und Umfang konkret zu bezeichnen (Angabe der Gebührenordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung). Der die Auftragsleistung ausführende Arzt darf nur die Untersuchungen durchführen, die im Auftragsfeld angegeben sind. Eine Erweiterung des Auftrages nach Art oder Umfang bedarf der Zustimmung des überweisenden Vertragsarztes; sie ist auf dem Vordruck zu vermerken.

Die Veranlassung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen muss entweder durch Angabe der Kennnummer 32007 oder durch Angabe im Feld „Auftrag“ kenntlich gemacht werden.

14 Barcode bei Blankoformularbedruckung

Bei Einsatz des Verfahrens zur Blankoformularbedruckung wird mittels Laserdrucker ein zweidimensionaler Barcode PDF 417 aufgedruckt. Dieser enthält sämtliche Informationen des Formulars und kann von dem im Auftrag tätig werdenden Arzt automatisch ausgewertet werden.

15 Weiterüberweisung

Der eine Auftragsleistung ausführende Arzt ist berechtigt, Teile dieses Auftrages, die er selbst nicht erbringen kann, von einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen zu lassen (Weiterüberweisung). In diesem Fall hat er ebenfalls einen Überweisungsschein nach dem Muster 10 auszustellen und die betreffenden Angaben zu machen, insbesondere die Angaben des Erstveranlassers zu übernehmen und dessen Arzt- und Betriebsstättennummer im betreffenden fett umrandeten Feld anzugeben.

Muster 10A: Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften

Ein Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften darf nur ausgestellt werden, wenn dem anfordernden Vertragsarzt im betreffenden Quartal eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt worden ist. Ausnahmen sind zulässig, wenn z.B. die zu veranlassenden Maßnahmen dringend erforderlich sind oder dem anfordernden Vertragsarzt die Kassenzugehörigkeit zweifelsfrei bekannt ist.

Der Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften gliedert sich in zwei Teile. Der obere Teil des Vordrucks dient der Identifikation. Der untere Teil ist der Auftragsteil. Beide Teile sind vom anfordernden Arzt auszufüllen.

Beim Befüllen bzw. Auslesen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnosen

Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften

1 ☐ Kurativ
1 ☐ Präventiv
1 ☐ bei belegärztl. Behandlung
2 ☐ Unfall, Unfallfolgen

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer 3 4 5 6 7 8 9

Geschlecht M F

Abnahmedatum 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Abnahmezeit 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

8		Serum Vollblut				Glukose				
☐ Befund eilt	1	☐ EDTA	☐ alkalische Phosphatase	13	☐ Eiweiß gesamt	26	☐ Kreatinin Clearance	40	☐ Glukose 1	51
☐ großes Blutbild	2	☐ kleines Blutbild	☐ Amylase	14	☐ Glukose	28	☐ LDH	41	☐ Glukose 2	52
☐ HbA1c	4	☐ ASL	☐ Bilirubin direkt	16	☐ GOT	29	☐ LDL-Cholesterin	42	☐ Glukose 3	53
☐ Retikulozyten	5	☐ Bilirubin gesamt	☐ Cholesterin	19	☐ GPT	30	☐ Lipase	43	☐ Glukose 4	54
☐ Blutsenkung	6	☐ Calcium	☐ Cholesterin	20	☐ Harnsäure	31	☐ Natrium	44	☐ Status	55
☐ Diff. Blutbild (Ausstrich)	7	☐ CK	☐ CK-MB	22	☐ Harnstoff	32	☐ OP-Vorbereitung (32125)	45	☐ Mikroalbumin	56
☐ Citrat	8	☐ CRP	☐ Eisen	24	☐ HBDH	33	☐ Phosphat, anorganisches	46	☐ Schwangerschaftstest	57
☐ Quick	9	☐ PTT	☐ Eiweiß Elektrophorese	25	☐ HDL-Cholesterin	34	☐ Transferrin	47	☐ Glukose	58
☐ Quick unter Marcumar-Therapie	10	☐ Fibrinogen			☐ IgA	35	☐ Triglyceride	48	☐ Amylase	59
☐ Thrombinzeit	11				☐ IgG	36	☐ TSH basal	49	☐ Sediment	60
☐ PTT	12				☐ IgM	37	☐ TSH nach TRH	50	☐ Sonstiges	61
☐ Fibrinogen					☐ Kalium	38				
					☐ Kreatinin	39				

Muster 10A (10.2014)

1 Leistungsart (kurativ, präventiv, bei belegärztlicher Behandlung)

Der anfordernde Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen der kurativen Versorgung, der Prävention oder bei belegärztlicher Behandlung erfolgt.

2 Unfall, Unfallfolgen

Der anfordernde Vertragsarzt teilt der Laborgemeinschaft durch Ankreuzen des Unfallfeldes mit, wenn die Behandlung aufgrund oder als Folge eines Unfalles erforderlich wird, damit die Krankenkassen ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend machen können. Es bedeutet eine unnötige finanzielle Belastung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn bei einem Unfall das Unfallfeld nicht angekreuzt wird.

③ Ausnahmeindikation

Die Angabe der Kennnummer(n) für bestimmte Untersuchungsindikationen erfolgt gemäß den Bestimmungen des EBM ausschließlich in der Abrechnung der veranlassenden Arztpraxis. Die Kennzeichnung auf dem Muster 10A ist entbehrlich.

Ausnahmen:

- Knappschaftsärzte tragen für die Veranlassung von Laboratoriumsuntersuchungen bei Knappschaftsversicherten die Ziffer 87777 ein.
- Die Veranlassung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen muss entweder durch Angabe der Kennnummer 32007 oder durch Angabe im Feld „Auftrag“ kenntlich gemacht werden.

④ Geschlecht

Das Geschlecht des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes mit einem X anzugeben. Für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht sind beide Felder mit einem X zu kennzeichnen.

⑤ Abnahmedatum

Das Abnahmedatum ist in der Form TTMMJJ in das entsprechende Feld einzutragen.

⑥ Abnahmezeit

Die Abnahmezeit ist in der Form hhmm in das entsprechende Feld einzutragen.

⑦ Diagnosen

Im Diagnosefeld sind der im Auftrag tätig werdenden Laborgemeinschaft die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose und wichtige Befunde/Medikationen mitzuteilen.

Die Veranlassung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen muss entweder durch Angabe der Kennnummer 32007 oder durch Angabe im Feld „Auftrag“ kenntlich gemacht werden.

⑧ Auftragsfeld

Der anfordernde Vertragsarzt hat die Auftragsleistungen manuell durch Striche im Auftragsfeld zu vermerken. Unter „Sonstiges“ sind die nicht im Auftragsfeld benannten Leistungen des Allgemeinlabors beziehbar. Die die Auftragsleistung ausführende Laborgemeinschaft darf nur die Untersuchungen durchführen, die im Auftragsfeld angegeben sind.

⑨ Barcode bei Blankoformularbedruckung

Bei Einsatz des Verfahrens zur Blankoformularbedruckung wird mittels Laserdrucker ein zweidimensionaler Barcode PDF 417 aufgedruckt. Dieser enthält sämtliche Informationen des Formulars und kann in der Laborgemeinschaft automatisch ausgewertet werden.

Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst

1. Der *Vertragsarzt* hat für die Begutachtung des Patienten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. für die Beurteilung der Frage, ob es angebracht erscheint, ein Kassenmitglied dem MDK vorzustellen, die erforderlichen Auskünfte auf dem als Muster 11 vereinbarten Vordruck zu erteilen.
2. Kann der Arzt noch keine Diagnose angeben, so sind stattdessen die Befunde zu vermerken.
3. Bei der Ausfüllung des Berichtes ist in der Regel von der Beurteilung des Krankheitszustandes an diesem Tag auszugehen und deren Ergebnis zu vermerken.
4. Um unnötige Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden und dem Arzt des Medizinischen Dienstes die Möglichkeit zu geben, von den Ergebnissen der bereits vorgenommenen Untersuchungen der behandelnden Ärzte auszugehen, wird auf die Übermittlung aller vorhandenen Befunde großen Wert gelegt. Aus diesem Grunde sind aktuelle, dem Arzt vorliegende Röntgenbefunde usw. gegen Rückgabe beizufügen. Grundlage hierfür ist § 276 SGB V.
5. In der Regel wird der Arzt den Bericht dem zum MDK bestellten Versicherten mitgeben. Sollte er in Ausnahmefällen den Postweg für notwendig halten, so kann der Arzt im Rahmen seiner *vertragsärztlichen* Abrechnung die Portoauslagen in Rechnung stellen, sofern ihm die Krankenkasse nicht einen Freiumschlag zur Verfügung gestellt hat.
6. Legt der Arzt in Ausnahmefällen auf eine fernmündliche Rücksprache mit dem Arzt des Medizinischen Dienstes Wert, so soll der Arzt das Symbol „F“ hinter dem „Datum der letzten Untersuchung“ vermerken. Der Arzt des Medizinischen Dienstes soll sich dann mit dem behandelnden Arzt fernmündlich in Verbindung setzen, soweit es ihm möglich ist.
7. Bestehen zwischen dem *Vertragsarzt* und dem MDK über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder in anderer Hinsicht Meinungsverschiedenheiten, so soll der *Vertragsarzt* unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse schriftlich unterrichten, die das Weitere veranlasst. Der *Vertragsarzt* kann die Entscheidung durch ein Zweitgutachten beantragen. Wenn das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt mit einer Gebietsbezeichnung bescheinigt war, soll für das Zweitgutachten ein Arzt des Gebietes tätig werden, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege

Grundlage der Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HKP-Richtlinie) einschließlich des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen in der Anlage zur Richtlinie. Dabei sind auch die in dem Verzeichnis enthaltenden Hinweise (siehe Spalte Bemerkung) zur Verordnungsfähigkeit zu beachten und ggf. vorliegende Besonderheiten (z.B. Beeinträchtigung der Sehfähigkeit) in der Verordnung anzugeben.

Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege nach § 4 der HKP-Richtlinie werden ebenfalls auf dem Muster 12 verordnet.

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedürfen und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. Daneben können aufgrund einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung auch Leistungen der Unterstützungspflege zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden, soweit bei dem oder der Versicherten keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt. Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich der Vertragsarzt/die Vertragsärztin von dem Zustand des Versicherten/der Versicherten und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat, oder dass ihm/ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist nicht zulässig, wenn dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin bekannt ist, dass die Versicherten oder eine im Haushalt der Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen können. Ist dies nur für Teilbereiche möglich, ist eine Verordnung für diese Teilbereiche nicht zulässig.

Die von den Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite Muster 12a) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Verordnungsrelevante Diagnose(n)

Hier sind die Diagnose(n) anzugeben, die die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach ICD-10-GM zu verschlüsseln.

② Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen

Die Angabe von Einschränkungen soll verdeutlichen, warum häusliche Krankenpflege erforderlich ist. Hierbei ist auch das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Einschränkungen siehe Spalte Bemerkung) zu beachten.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12 Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)																									
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)																									
☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Unfall		vom T T M M J J bis T T M M J J																									
7 Behandlungspflege																											
8 Medikamentengabe, Präparate		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung Häufigkeit 6 Dauer tgl. wtl. mtl. vom bis																									
☐ Herrichten der Medikamentenbox ☐ Medikamentengabe ☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																									
9 Blutzuckermessung ☐ Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) ☐ bei intensivierter Insulintherapie		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																									
10 Kompressionsbehandlung ☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits ☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen ☐ Kompressionsverbände abnehmen ☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																									
11 Wundversorgung, Präparate		Lokalisation aktuelle Größe aktueller Grad																									
☐ Dekubitusbehandlung ☐ andere Wundverbände		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																									
12 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege																											
13 Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)		Anzahl																									
14 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung																											
☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V ☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V ☐ Grundpflege ☐ hauswirtschaftliche Versorgung		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Häufigkeit</td> <td colspan="2">Dauer</td> </tr> <tr> <td>tgl.</td> <td>wtl.</td> <td>mtl.</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Häufigkeit		Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	bis																
Häufigkeit		Dauer																									
tgl.	wtl.	mtl.	bis																								
Weitere Hinweise		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																									
Ausfertigung für die Krankenkasse		Muster 12a (10.2017)																									

3 Erstverordnung/Folgeverordnung
 Insbesondere bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten werden (vgl. § 5 Abs. 1 und 2 HKP-Richtlinie). Ist eine längere Verord-

nungsdauer erforderlich, soll sich der Grund hierfür aus den verordnungsrelevanten Diagnosen und den Einschränkungen ergeben. Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

4 Unfall

Ergibt sich die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

5 vom - bis

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die Maßnahmen erbracht werden sollen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

6 Häufigkeit/Dauer

In diesen Feldern sind Häufigkeit (täglich, wöchentlich, monatlich) und Dauer (vom - bis) der zu erbringenden Maßnahmen anzugeben. Angaben zur Dauer und Häufigkeit orientieren sich am Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie. Die Angabe „Dauer“ bei einzelnen Maßnahmen ist nur bei einer Abweichung von der Dauer der gesamten Verordnung (siehe „vom - bis“) notwendig. Die Angaben zur Häufigkeit „tgl.“, „wtl.“, „mtl.“ können nebeneinander verwendet werden, um Eindeutigkeit bei der Verordnungsmenge zu erzielen. Kann die verordnete Maßnahme bspw. am Wochenende durch eine im Haushalt der oder des Versicherten lebende berufstätige Person durchgeführt werden, ist die Häufigkeit mit „1 x tgl.“ und „5 x wtl.“ anzugeben.

7 Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. Behandlungspflege als Sicherungspflege hat das Ziel, die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern.

Die verordnungsfähigen Maßnahmen sind dem Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie zu entnehmen.

8 Medikamentengabe

Bei der Verordnung der Medikamentengabe ist Nr. 26 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Muster 12) müssen die einzelnen zu verabreichenden Präparate hervorgehen. Ebenso sind die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der Medikamentengabe anzugeben. Die Angaben zu den Präparaten können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen.

9 Blutzuckermessung

Bei der Verordnung von Leistungen zur Blutzuckermessung ist Nr. 11 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um Blutzuckermessungen aufgrund einer Erst- oder Neueinstellung oder einer intensivierten Insulintherapie handelt.

10 Kompressionsbehandlung

Bei der Verordnung von Leistungen der Kompressionsbehandlung ist Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Die Kompressionsbehand-

lung ist im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab Kompressionsklasse I verordnungsfähig.

11 Wundversorgung

Bei der Verordnung von Leistungen der Wundversorgung ist Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten. Aus dieser ärztlichen Verordnung (Muster 12) müssen die einzelnen anzuwendenden Präparate hervorgehen. Ebenso sind die dazugehörige Dauer und Häufigkeit der anzuwendenden Präparate anzugeben. Die Angaben zu den Präparaten sowie zur Wunddokumentation können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen.

12 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Hier können weitere oder andere als die unter 8. bis 11. genannten Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie verordnet werden.

13 Anleitung zur Behandlungspflege

Sofern die Versicherten und/oder Angehörigen zur Behandlungspflege durch den Pflegedienst angeleitet werden sollen, ist dies unter Nennung der einzelnen Leistungen der Behandlungspflege hier anzugeben. Hierbei ist Nr. 7 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie zu beachten.

14 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nur im Rahmen der Unterstützungspflege oder der Krankenhausvermeidungspflege verordnet werden. Im Rahmen der Sicherungspflege setzt eine Verordnung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung voraus, dass die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsieht und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt.

15 Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

Die Verordnung von Unterstützungspflege ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt. Unterstützungspflege umfasst Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist in diesem Fall nicht erforderlich. Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MDK verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Unterstützungspflege erfüllt sind, muss zusätzlich angegeben werden, ob Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden sollen. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können im Rahmen der Unterstützungspflege nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Grundpflege verordnet werden. Grundpflege kann im Rahmen der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.

16 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist z.B.

der Fall, wenn Versicherte die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigern. Eine Verordnung ist darüber hinaus möglich, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden wird. Dies ist gegeben, wenn durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege die ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung ersetzt werden kann oder dadurch eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird. Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch der Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege ist auf vier Wochen begrenzt und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MDK verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Krankenhausvermeidungspflege erfüllt sind, kann zusätzlich angegeben werden, ob neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung notwendig sind.

17 Grundpflege

Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die im Rahmen der Grundpflege erforderlichen Maßnahmen sind ggf. im Feld „weitere Hinweise“ näher zu beschreiben. Die verordnungsfähigen Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Nr. 1 – 4) aufgeführt.

18 Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet hauswirtschaftliche Leistungen in der Häuslichkeit des Versicherten. Die Leistungen sind im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie (Nr. 5) aufgeführt.

Muster 13: Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Podologischen Therapie

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

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Heilmittelverordnung 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten				
Unfall/Unfallfolgen	geb. am				
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	IK des Leistungserbringers	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
1	Erstverordnung	2	Folgeverordnung	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
3	Verordnung außerhalb des Regelfalles	4	Gruppentherapie	Wegegeld-/Pauschale	Faktor
5	Behandlungsbeginn spätestens am	6	Hausbesuch	Faktor	km
7	Therapiezeit	8	Verordnungs- menge	Rechnungsnummer	
9	Verordnung außerhalb des Regelfalles	10	Anzahl pro Woche	Belegnummer	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges					
11	Indikationsschlüssel	12	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde		
13	ICD-10 - Code				
14	ICD-10 - Code				
15	Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele				
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)					
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes					

Muster 13 (1.2017)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erstverordnung; ② Folgeverordnung; ③ 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 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 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.

❹ Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifisch 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 erforderlichen Kompressionsbandagierung (lymphologischer Kompressionsverband) im Zusammenhang mit manueller Lymphdrainage ist diese zusätzlich in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 mit Kompressionsbandagierung“). Gegebenenfalls erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind.

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 Diagnosengruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog zusammen (z.B. ZN2a oder DFa).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Therapierelevante 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 therapierelevante 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.

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.

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

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**).

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/HeiM-RL) ist zu beachten.

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten Unfall-/Unfallfolgen: geb. am		Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 14	
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 	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) 1. Erstverordnung ☐ 2. Folgeverordnung ☐ 3. Verordnung außerhalb des Regelfalles ☐ 4. Gruppen-therapie ☐ 5. Behandlungsbeginn spätestens am: 6. Hausbesuch ☐ 7. Therapiezeit ☐		Rechnungsnummer Belegnummer 	
8. Stimmtherapie ☐ 8. Sprechtherapie ☐ 8. Sprachtherapie ☐		Therapiedauer pro Sitzung: 9. Minuten Verordnungs-menge: 10. Therapie-frequenz: 11. pro Woche	
12. Diktionsschlüssel 			
13. Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)			
14. D-10 - Code 			
15. Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)			
16. Ggf. Spezifizierung der Therapieziele			
17. Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)			
18. Tonaudiogramm vom _____ Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen. Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.		18. Trommelfellbefund: Rechts Links 	
dB re 125 250 500 1000 2000 4000 8000 dB re 125 250 500 1000 2000 4000 8000 		Freifeldbefunde ermittelt durch: ☐ Reaktion ☐ Konditionierung ☐ eigene Angaben	
19. Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen) Rechts Links Rechts Links 		Lupenlaryngoskopie: _____ Lupenstroboskopie: _____ Amplitude Randkantenverschiebung Regelartigkeit ☐ Ja ☐ Nein Kompletter Glottisschluss ☐ Ja ☐ Nein	

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erstverordnung; **②** Folgeverordnung; **③** 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.

① 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 **⑬**).

② 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 **①**).

③ 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 **⑰**). Auch vor Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld **①**).

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 gruppendynamisch 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.

10 Verordnungsmenge

Im Falle 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

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).

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)

Die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges und therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Befundergebnisse können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

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 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.

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).

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.

Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

1. Die Verordnung einer Hörhilfe bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument erfolgt grundsätzlich unter Verwendung des Musters 15.
2. Die Verordnung setzt eine тонаudiometrische und auch eine sprachaudiometrische Untersuchung voraus. Bei Verordnung eines Tinnitusmaskers sind die Frequenz und die Verdeckbarkeit mit zu bestimmen. Die Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument darf nur von solchen Vertragsärzten vorgenommen werden, die in der Lage sind, die erforderlichen ton- und sprachaudiometrischen Befunde vollständig zu erheben und die entsprechende Indikationsstellung vorzunehmen. Es ist nicht statthaft, hiermit Hörgeräteakustiker zu beauftragen und dann entsprechend deren Angaben das Ausfüllen des Musters 15 vorzunehmen.
3. Der Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen, ob es sich um eine Erst- oder Nachversorgung handelt. Eine Nachversorgung ist zu begründen.
4. Bei Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument ist durch Ankreuzen kenntlich zu machen, ob die Versorgung rechts, links oder beidseitig notwendig ist.
5. Auf dem Verordnungsblatt ist durch Ankreuzen zu kennzeichnen, ob die Versorgung mit einer Hörhilfe aufgrund eines Unfalls, Unfallfolgen oder eines Versorgungsleidens (BVG) notwendig ist.
6. Der Vertragsarzt hat sich nach Anpassung der verordneten Hörhilfe davon zu überzeugen, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird und auf dem Vordruck zu bestätigen, dass das Gerät zweckmäßig ist.

Der Vertragsarzt hat sich bei der Versorgung mit einem Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument von der ausreichenden Zweckmäßigkeit für den Versicherten zu überzeugen und dies auf dem Vordruck zu bestätigen.

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Der Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter verwenden, die diejenige Betriebsstätten-Nr. in der Codierleiste ① enthalten, an deren zugehöriger Betriebsstätte er die jeweilige Leistung erbracht hat. Wurde im Personalienfeld die Arzt-Nr. bereits eingedruckt, ist eine aushilfsweise Weitergabe des gekennzeichneten Vordrucks an einen anderen Vertragsarzt nicht statthaft.

Auf dem Arzneiverordnungsblatt können bis zu drei verschiedene Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen verordnet werden. Für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sind getrennte Verordnungsblätter zu verwenden.

Bei der Verordnung von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden. Pro Rezeptur ist hierbei ein Verordnungsblatt zu verwenden. Rezepturen zur parenteralen Anwendung können dabei für den Bedarf bis zu einer Woche verordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, die einzeln anzuwendenden Zubereitungen sind nach Art und Menge identisch (z.B. Infusionsbeutel). Aus Fertigarzneimitteln entnommene, patientenindividuelle Teilmengen (insbesondere Wochenblister) können im Rahmen einer Dauermedikation für den Bedarf bis zu vier Wochen verordnet werden.

Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Das Arzneiverordnungsblatt kann nicht verwendet werden

- für die Verordnung von Betäubungsmitteln. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung vom 16. Dezember 1981 nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt verordnet werden.
- für Arzneimittel mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid. Hierfür ist aufgrund der Arzneimittel- Verschreibungsverordnung der zweiteilige amtliche Vordruck („T-Rezept“) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu verwenden.
- für die Verordnung von Mitteln und Maßnahmen, die nicht zur Behandlung des Patienten notwendig sind oder die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen (z.B. empfängnisverhütende Mittel für Versicherte, die das 20. Lebensjahr vollendet haben). Hier ist ein Privatrezept zu verwenden.

Das Formular ist in mehrere Abschnitte unterteilt:

- Oben links:** Felder für die Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum.
- Oben rechts:** Felder für die Zuzahlung (Zuzahlung, Gesamt-Brutto) und die Faktoren (Faktor, Taxe).
- Mitte:** Felder für die Verordnungen (1. Verordnung, 2. Verordnung, 3. Verordnung) und die Vertragsarztstempel.
- Unten links:** Felder für die Unterschrift des Arztes (Muster 16 (10.2014)) und die Abgabedatum in der Apotheke.
- Unten rechts:** Felder für die Unfalltag und Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

② Rezept: Gebühr frei bzw. Gebührenpflichtig

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Verordnung gebührenpflichtig und damit das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen ist.

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,
- sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

③ Befreiung von der Notdienstgebühr

Wird das Arzneimittel im Notdienst der Apotheke (innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 EUR) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (Ankreuzen des Feldes „noctu“) anbringt.

④ Sonstige

Bei einer Verordnung zu Lasten eines Sonstigen Kostenträgers wie Postbeamtenkrankenkasse A, Freie Heilfürsorge der Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr u. a. ist das Feld „Sonstige“ anzukreuzen.

5 Unfall / Arbeitsunfall

Wenn eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird, so sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) in den dafür vorgesehenen Feldern anzugeben. Weiterhin ist das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ zu kennzeichnen. Erfolgt die Beschriftung des Patientenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte, so ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

Wenn die Verordnung Folge eines Unfalls ist, der aber kein Arbeitsunfall sondern Haus-, Sport- oder Verkehrsunfall war, ist das Feld „Unfall“ anzukreuzen.

6 Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz / Bundesversorgungsgesetz

Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) ist wie bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz das Feld 6 (BVG) zu kennzeichnen.

7 Sonderkennzeichen bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln

Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln sind folgende Sonderkennzeichnungen auf dem Verordnungsblatt vorzunehmen:

Bei der Verordnung

- von Impfstoffen im Rahmen der gültigen Impfvereinbarung ist das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 zu kennzeichnen.
- von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
- von Sprechstundenbedarf ist
 - o bei Arznei- und Verbandmitteln das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.
 - o bei Hilfsmitteln das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 und das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
 - o von Impfstoffen das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 und das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.

8 Begründungspflicht

Das Feld „Begründungspflicht“ ist zurzeit nicht besetzt und wird vorerst zur Kennzeichnung von zahnärztlichen Verordnungen verwendet.

9 Abrechnungsfelder

Die Abrechnungsfelder im rechten oberen Teil des Rezeptes (Apotheken-Nr., Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr., Faktor, Taxe) werden von der abgebenden Stelle (Apotheke, Sanitätshaus) ausgefüllt.

10 Aut idem

Soll ausgeschlossen werden, dass die Apotheken ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, ist das Aut-idem-Feld auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen.

Hinweis:

Wurde kein Aut-idem-Kreuz gesetzt, kann eine Substitution durch die Apotheken entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und den Bestimmungen des zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. getroffenen Rahmenvertrages nach § 129 SGB V erfolgen.

Arzneimittel, die einen Wirkstoff enthalten, der auf der Substitutionsausschlussliste (Arzneimittel-Richtlinie, Anlage VII Teil B) steht, können von der Apotheke auch ohne Setzen des Aut-idem-Kreuzes nicht ausgetauscht werden.

11 Verordnungen im Rahmen einer „künstlichen Befruchtung“

Der Vertragsarzt hat für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 27a SGB V (Künstliche Befruchtung) auf dem Verordnungsblatt die Information „Verordnung nach § 27a SGB V“ anzugeben. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass bei diesen Verordnungen die Krankenkasse nur 50% der Kosten trägt und nur diese von der Apotheke gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden können. Die anderen 50% sind vom Versicherten zu übernehmen.

12 Fälschungssicheres Ausfüllen des Vordruckes

Beim Ausfüllen des Vordruckes ist darauf zu achten, dass keine Leerräume verbleiben oder entstehen, die für Manipulationen benutzt werden können. Um zu vermeiden, dass unbefugterweise noch weitere Arzneiverordnungen (insbesondere mit Suchtpotenzial) hinzugefügt werden können, hat der Vertragsarzt seine Unterschrift unmittelbar unter die letzte Verordnung auf das Arzneiverordnungsblatt zu setzen.

13 Position des Vertragsarztstempels

Sofern die Inhalte des Vertragsarztstempels auf dem Verordnungsblatt nicht bereits eingedruckt sind ist darauf zu achten, dass der Vertragsarztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird. Eine Überstempelung darf weder in das darüber liegende noch in das darunter liegende Feld erfolgen, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist.“

Muster 17: *unbesetzt*

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 ❶❷).

❷ Folgeverordnung

Ergotherapie

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 Ergotherapie 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 ❶❶).

Ernährungstherapie

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.

❸ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Ergotherapie

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 ❶❶). Auch vor Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ❶❶).

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.

Ernährungstherapie

Das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ ist nicht anzukreuzen, wenn Maßnahmen der Ernährungstherapie verordnet werden. Für ernährungstherapeutische Maßnahmen sind keine Verordnungen außerhalb des Regelfalles vorgesehen, da keine Einschränkungen bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall 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.

5 Behandlungsbeginn spätest. am

Ergotherapie

Das Feld „Behandlungsbeginn spätest. 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.

Ernährungstherapie

Das Feld „Behandlungsbeginn spätest. Am“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 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

Ergotherapie

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.

Ernährungstherapie

Für die Verordnung einer Ernährungstherapie ist keine Verordnungsmenge im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung im Heilmittelkatalog (HeilM-RL Teil 2) definiert. Die Menge der Behandlungseinheiten richtet sich nach dem medizinischen Bedarf im Einzelfall für maximal 12 Wochen.

Besonderheit bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Ergotherapie

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

Ergotherapie

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).

Ernährungstherapie

Auf der Heilmittelverordnung ist nur die Ernährungstherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges verordnungsfähig.

10 Anzahl pro Woche

Ergotherapie

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.

Ernährungstherapie

Bei der Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt Angaben zur Frequenzempfehlung machen. Da die Frequenz vom Bedarf im Einzelfall abhängt, ist eine Angabe durch den verordnenden Arzt nicht zwingend erforderlich (vgl. § 42 Abs. 2 Satz 2 HeilM-RL).

11 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SB1 oder SAS).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Ergotherapie

Die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges und therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Befundergebnisse

können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

Ernährungstherapie

Die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges und therapierelevante Befundergebnisse sind auf der Heilmittelverordnung anzugeben. Befundergebnisse können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben. Der Status der relevanten Stoffwechselparameter oder Ernährungsparameter ist hier anzugeben.

13 ICD-10-Code

Auf dem Verordnungsvordruck ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code 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 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).

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

Ergotherapie

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

Ernährungstherapie

Bei der Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie gibt die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hier die individuellen Zielwerte/-korridore für die Ernährungstherapie an. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu nutzen

Beispiel: Methylenin < 800mg/dl

Bei PKU:

Phenylalanin: <10mg/dl

Thyrosin: >1,1mg/dl

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**).

Muster 19: Notfall-/Vertretungsschein

1. Der Notfall-/Vertretungsschein für ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung und Notfall hat in der für die Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung bestimmten Ausfertigung (Teil a) wegen datenschutzrechtlicher Beanstandungen teilweise eine Schwärzung erhalten. Diese Teile des Vordruckes sind nach Hochklappen des ersten Blattes ab Blatt 2 auszufüllen. Der Ausdruck mittels EDV erfolgt ab Blatt 1 im geschwärzten Feld.
2. Muster 19b ist dem weiterbehandelnden Arzt als Mitteilung zuzustellen. Die weitere Durchschrift verbleibt beim vertretenden Arzt.
3. Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes mit einem X anzugeben. Für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht sind beide Felder mit einem X zu kennzeichnen.

Muster 20: Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan) 20	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		
Datum		zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
		1	
		Stunden täglich 1	

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

2 vom	2 bis	2 Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	2 Stunden täglich
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

3 Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

4 Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja
 ☐ nur unter folgenden Voraussetzungen

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Muster 20a (1.2019)

Bei wochen- oder monatelang fortbestehender Arbeitsunfähigkeit kann eine Rückkehr an den Arbeitsplatz auch bei weiterhin notwendiger Behandlung sowohl betrieblich möglich als auch aus therapeutischen Gründen angezeigt sein. Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung soll der Arbeitnehmer schonend aber kontinuierlich an die Belastung seines Arbeitsplatzes herangeführt werden. Auch während einer stu-

fenweisen Wiedereingliederung besteht Arbeitsunfähigkeit und die Attestierung der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit erfolgt weiterhin auf der AU-Bescheinigung (Muster 1). Die stufenweise Wiedereingliederung soll in vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Versichertem, behandelndem Arzt, Arbeitnehmervertretung, Arbeitgeber, Betriebsarzt, Krankenkasse und ggf. dem Medizinischen Dienst sowie dem Rehabilitationsträger erfolgen.

Grundlage der Beurteilung der stufenweisen Wiedereingliederung sind die Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung gemäß Anlage der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Stunden täglich

Hier sind durch den Arzt die vom Patienten zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie die Anzahl der täglichen Arbeitsstunden vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

② vom (Datum) bis (Datum), Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen), Stunden täglich

In diesen Feldern ist die zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten abgestimmte Ausgestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung anzugeben.

Mit der Angabe des Zeitraums und der täglichen Arbeitszeit in Stunden sowie der Art der Tätigkeit einschließlich ggf. bestehender Belastungseinschränkungen (z.B. „Tätigkeit nur im Sitzen“, „Darf nicht heben“) gibt der Arzt auf Basis des aktuellen Gesundheitszustands eine Empfehlung zur Ausgestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit. Hierbei handelt es sich explizit um eine prognostische Einschätzung, die zum Zeitpunkt des Ausstellens des Musters 20 getroffen wird. Der prognostische Charakter bezieht sich auch auf den letzten Tag der stufenweisen Wiedereingliederung, der in der Regel dem voraussichtlich letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit entspricht.

Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

Sofern sich Änderungen am vereinbarten Ablauf der Wiedereingliederung ergeben, sind die Beteiligten unverzüglich darüber zu informieren, ggf. ist ein neuer Wiedereingliederungsplan zu erstellen.

③ Erklärung des Versicherten

Voraussetzung für eine stufenweise Wiedereingliederung ist das Einverständnis des Versicherten.

④ Erklärung des Arbeitgebers

Die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung erfordert die Zustimmung des Arbeitgebers. Dieser gibt an, ob er mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan einverstanden ist oder unter welchen weiteren Voraussetzungen das Einverständnis erfolgen kann.

Im Weiteren gibt der Arbeitgeber an, ob für die geleisteten Stunden ein (Teil-) Arbeitsentgelt gezahlt wird.

Muster 21: *Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes*

1. Für die Gewährung von Krankengeld bei Erkrankung eines noch nicht 12 Jahre alten Kindes, das der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege durch den Versicherten bedarf, benötigen die Krankenkassen eine ärztliche Bescheinigung in Form des Musters 21.
2. Im Personalienfeld der ärztlichen Bescheinigung sind lediglich Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Wohnung des Kindes anzugeben. Die Angabe der zuständigen Krankenkasse ist entbehrlich.

Muster 22: *Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie*

1. Zur Einholung des Konsiliarberichtes überweist der Psychologische Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie den Patienten an einen Konsiliararzt. Auf der Überweisung hat er dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zukommen zu lassen.
2. Der Konsiliararzt hat den Konsiliarbericht nach Anforderung durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.
3. Der Konsiliarbericht ist vom Konsiliararzt insbesondere zum Ausschluss somatischer Ursachen und gegebenenfalls psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Ursachen abzugeben. Er sollte ggf. Angaben zu folgenden Sachverhalten enthalten:
 - Aktuelle Beschwerden des Patienten,
 - psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes),
 - im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevante anamnестische Daten,
 - zu einer gegebenenfalls notwendigen psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung,
 - relevante stationäre und/oder ambulante Vor- und Parallelbehandlungen inklusive gegebenenfalls laufende Medikation,
 - medizinische Diagnose(n), Differential- und Verdachtsdiagnose(n),
 - gegebenenfalls Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen,
 - zu gegebenenfalls erforderlichen weiteren ärztlichen Untersuchungen, und
 - zu gegebenenfalls bestehenden Kontraindikationen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Der Konsiliararzt teilt der Krankenkasse nur die für ihre Leistungsentscheidung notwendigen Angaben mit.

4. Der Konsiliararzt liest die elektronische Gesundheitskarte des Patienten ein und gibt Namen sowie Arzt- und Betriebsstättennummer des überweisenden Therapeuten an. Beides geht aus dem für ihn bestimmten Überweisungsformular Muster 7 hervor.
5. Der Arzt kann feststellen, ob für die beantragte psychotherapeutische Behandlung eine Kontraindikation besteht und/oder die Notwendigkeit für die Mitbehandlung eines Arztes feststellen. Kreuzt er keines der hierfür vorgesehenen Felder an, bestehen keine Bedenken hinsichtlich der Aufnahme einer psycho-

therapeutischen Behandlung. Bei ärztlicher Mitbehandlung gibt er die Art der Maßnahme an.

Ist eine psychotherapeutische Behandlung nach Ansicht des Arztes kontraindiziert und wird trotzdem ein Antrag auf therapeutische Behandlung bei der Krankenkasse gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

6. Die folgenden Angaben sind nur zur Einsicht für den Therapeuten (Muster 22a), den Konsiliararzt (Muster 22c) und gegebenenfalls den Gutachter oder Obergutachter (Muster 22b) selbst bestimmt, die Krankenkasse (Muster 22d) erhält keine Einsicht.
7. Die Angaben des Konsiliarberichtes - Aktuelle Beschwerden, Stichwortartige Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Daten und insbesondere der somatische Befund - müssen vom untersuchenden Arzt gemacht werden, die darauf folgenden Angaben können gegebenenfalls erfolgen.
8. Der Konsiliararzt übersendet dem Therapeuten das für ihn bestimmte Original, Muster 22d wird vom Konsiliararzt direkt an die Krankenkasse des Patienten übersandt. Muster 22b wird gegebenenfalls im verschlossenen Umschlag dem Bericht an den Gutachter beigelegt, Muster 22c verbleibt beim Konsiliararzt.

Muster 23 und 24: unbesetzt

Muster 25: *Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V*

1. Das Muster 25 wird von den Krankenkassen vorgehalten.
2. Die Gestaltung der **Vorderseite** des Musters 25 bleibt der Krankenkasse überlassen.
3. Der Vertragsarzt hat für die Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten die erforderlichen Auskünfte auf der **Rückseite** des Vordruckmusters 25 zu erteilen. Dabei ist anzugeben, ob diese Vorsorgeleistung bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung, zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten oder bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern durchzuführen ist.
4. Die Angabe der Diagnose(n) hat in Klarschrift und nicht nach ICD-10-SGB V zu erfolgen.
5. Falls besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen sind, sind diese separat zu nennen.
6. Falls ein Kurort geeignet erscheint, kann dieser vorgeschlagen werden. Die Krankenkasse ist an diesen Vorschlag nicht gebunden.
7. Der Vertragsarzt kann anregen, dass die Vorsorgeleistung als Kompaktkur durchgeführt werden soll. Durch eine Kompaktkur soll eine indikationsspezifische Ausrichtung der Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitsbildern (z.B. Rückenleiden, Osteoporose, Atemwegserkrankungen) erreicht werden. Die Behandlung und Betreuung dieser Patienten am Kurort soll während der gesamten Dauer – getrennt nach Indikation – in stabilen Gruppen erfolgen.
8. Aufgrund der Angaben des Vertragsarztes prüft die Krankenkasse ihre Leistungspflicht und stellt den Kurarztschein (Anlage 3 zum Kurarztvertrag) aus. Der Kurarztschein wird dem Vertragsarzt vor Beginn der Maßnahme durch den Versicherten vorgelegt und ist vom Vertragsarzt auf der rechten Seite zu ergänzen.

Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Die Verordnung von Soziotherapie dürfen folgende Ärzte vornehmen:

- Fachärzte für Neurologie,
- Fachärzte für Nervenheilkunde,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.

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

Der Vordruck hat zwei Durchschläge:

- das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse,
- der 1. Durchschlag ist für den soziotherapeutischen Leistungserbringer und
- der 2. Durchschlag verbleibt beim Arzt.

Der ausgefüllte Vordruck muss zusammen mit dem Soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V		26
Name, Vorname des Versicherten			Geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Diagnose (ICD-10-Code) 1		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Schweregrad (lt. GAF-SKALA) 2		
			Erkrankung besteht seit (falls bekannt) 3		T T M M J J
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen 4					
<i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i>					
Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen 5					
Angaben des Versicherten			Angaben des nächsten Angehörigen		
Straße 6			Name 7		
PLZ Ort			Straße		
Telefonnummer			PLZ Ort		
Wohnform (z.B. alleinwohnend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)			Telefonnummer		
8 Angaben zum Betreuer					
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ☐ Nein ☐ Ja					
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?					
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten 9			Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten 11		
Voraussichtliche Dauer der Therapie 10			Bereits durchgeführte Leistungen 12		
13 Prognose					
14 Krankenhausbehandlung ☐ wird vermieden ☐ wird verkürzt ☐ ist nicht ausführbar					
Begründung					
<i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i>					
Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig					
Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!			Datum		
Ausfertigung für die Krankenkasse			T T M M J J		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes					

Muster 26a (10.2017)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

1 Diagnose (ICD-10-Code)

Hier ist die therapierelevante Diagnose als ICD-10-GM-Code verschlüsselt einzutragen.

② Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Neben der Angabe des therapierelevanten ICD-10-GM-Codes, ist für die Verordnung einer Soziotherapie die Fähigkeitsstörung immer maßgeblich. Die Fähigkeitsstörung wird mittels der GAF-SKALA dargestellt und umfasst in der ST-RL zwei definierte Bereiche:

§ 2 Absatz 2, 3 und 4 der Soziotherapie-Richtlinie – GAF-SKALA: Orientierungswert 40 (höchstens ≤ 50)

Für die hier genannten schweren psychischen Krankheiten, vor allem aus dem schizophrenen Formenkreis, ist die Verordnung einer Soziotherapie möglich, sofern die Beeinträchtigung der Fähigkeiten mit einem Ausmaß auf der GAF-SKALA höchstens zwischen 40 und 50 vorliegt.

§ 2 Absatz 5 der Soziotherapie-Richtlinie – GAF-SKALA mit einem Wert ≤ 40

Die Verordnung von Soziotherapie ist darüber hinaus bei allen schweren psychischen Krankheiten mit Diagnosen aus gesamten Bereich F00 bis F99 möglich, sofern die Beeinträchtigung der Fähigkeiten mit einem Wert von höchstens 40 plus eines der in Absatz 5 der Soziotherapie-Richtlinie genannten Kriterien vorliegt. Beispiele für diese Kriterien sind, dass der Patient relevante Co-Morbiditäten (psychiatrisch oder somatisch) hat oder eine stark eingeschränkte Wegefähigkeit aufweist (siehe auch ⑤).

③ Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Falls bekannt ist, seit wann die Erkrankung besteht, ist hier das entsprechende Datum im Format TTMMJJ (z. B. 09.08.17) einzutragen.

④ Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörung

An dieser Stelle erfolgt eine Angabe in Stichworten zur Fähigkeitsstörung, welche mit dem unter ② angegebenen GAF-Wert korrespondiert.

Beispiel:

GAF-Wert ist 43, Fähigkeitsstörungen sind: Antrieb, Ausdauer und Belastbarkeit des Patienten sind gestört; er ist unfähig, sein Tun zu strukturieren; sein planerisches Denken und Handeln sowie sein Bezug zur Realität sind eingeschränkt.

⑤ Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten/ Sonstige Einschränkungen

Sofern Soziotherapie bei Erkrankungen aus dem Bereich F00 bis F99 verordnet wird, die nicht bereits in § 2 Absatz 2, 3 und 4 der Soziotherapie-RL genannt sind und eine Beeinträchtigung der Aktivität mit einem GAF-Wert ≤ 40 vorliegt (siehe auch ②), sind hier zusätzliche Angaben zu vorliegenden Co-Morbiditäten oder sonstigen Einschränkungen zumachen. Co-Morbiditäten können sowohl psychiatrisch (z. B. Persönlichkeitsstörung) als auch somatisch (z. B. chronische Schmerzerkrankung) sein.

⑥ Angaben des Versicherten

Neben den Adressdaten ist hier die Angabe zur Wohnform anzugeben. Hierbei prüfen die Krankenkassen, ob der Versicherte z.B. in einer Einrichtung wohnt (z. B. Betreutes Wohnen), die aufgrund ihrer Struktur die Inhalte von soziotherapeutischen Maßnahmen bereits vorhält.

7 Angaben des nächsten Angehörigen

An dieser Stelle werden die Kontaktdaten eines nächsten Angehörigen (z. B. Elternteil, Ehepartner oder volljähriges Kind) eingetragen, um dem Leistungserbringer im Bedarfsfall Rücksprachen und Abstimmung mit den Angehörigen zu ermöglichen.

8 Angaben zum Betreuer

Ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden, so ist ein entsprechendes Kreuz zu setzen und es sind die Kontaktdaten aufzunehmen; zudem sollten, soweit bekannt, die von dem gesetzlichen Betreuer übernommenen Betreuungsangelegenheiten benannt werden.

9 Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten / 10 Voraussichtliche Dauer der Therapie

Sofern eine Einschätzung über die insgesamt erforderliche Anzahl der Therapieeinheiten bzw. über die Dauer der kompletten Therapie möglich ist, sind die Felder entsprechend auszufüllen.

11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten

Hier ist die Zahl der aktuell beantragten Soziotherapieeinheiten einzutragen. Eine Verordnung kann für maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden.

12 Bereits durchgeführte Leistungen

Ist dem verordnenden Arzt/Psychotherapeut bekannt, dass bereits Leistungen von Soziotherapie (Therapieeinheiten) im Rahmen des vorliegenden Krankheitsfalles und innerhalb der letzten 3 Jahre durchgeführt worden sind, so ist dies in diesem Feld anzugeben.

13 Prognose

Mit der Verordnung von Soziotherapie wird u. a. das Ziel verfolgt, den Versicherten zu befähigen, fachärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. An dieser Stelle wird prognostiziert, dass der Versicherte mit der Anzahl der verordneten Therapieeinheiten dazu in die Lage versetzt werden kann.

14 Krankenhausbehandlung (wird vermieden/ wird verkürzt/ ist nicht ausführbar)

Da Soziotherapie nur verordnet werden kann, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, ist hier die entsprechende Angabe anzukreuzen.

**Muster 27: Soziotherapeutischer Betreuungsplan
gem. § 37a SGB V**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	27 Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V <i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i> 1 IK des Leistungserbringers
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
2 Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren) 3 Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____																
4 Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 20%;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 30%;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum														
Ausstellungsdatum Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum Unterschrift des Therapeuten Datum Unterschrift des Patienten														

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient. Der Betreuungsplan ist Basis der Therapie. In regelmäßigen Abständen werden Therapieverlauf und -ziele von allen Beteiligten beraten und der Plan ggf. angepasst.

Der Soziotherapeutischen Betreuungsplan muss zusammen mit dem ausgefüllten Vordruck Muster 26 der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen.

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

Der Vordruck hat zwei Durchschläge:

- das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse,
- der 1. Durchschlag ist für den soziotherapeutischen Leistungserbringer und
- der 2. Durchschlag verbleibt beim Arzt.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① IK des Leistungserbringers

Hier ist das Institutionskennzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers einzutragen.

② Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Der soziotherapeutische Betreuungsplan entsteht in Absprache zwischen dem behandelnden Vertragsarzt/Psychotherapeut dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten und soll von allen unterschrieben werden. Er enthält die Therapieziele, die in Nah- und Fernziele unterschieden werden. Nahziele sind zum Beispiel die Steigerung der Belastungsfähigkeit oder die Verhinderung eines Krankenhausaufenthalts. Ein Fernziel ist zum Beispiel das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit.

③ Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

Hier sind die Maßnahmen zu benennen, die den Patienten befähigen sollen, die unter 2. aufgeführten Therapieziele zu erreichen. Maximal 9 Maßnahmen, können hier eingetragen werden. Beispiele für solche Maßnahmen sind die Inanspruchnahme der psychiatrischen Sprechstunde, anderer vertragsärztlicher Therapien, Ergotherapie oder Psychotherapie.

④ Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Hier werden die Angaben zur Art der Maßnahmen mit Angaben zur Frequenz pro Woche / Monat und dem Zeitraum versehen. Beispiele für diese Maßnahmen sind praktische Übungen zur Steigerung der Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer; Analyse der häuslichen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie Stärkung der Krankheitswahrnehmung.

Muster 28: *Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten*

Andere Ärzte als die gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (§ 4 Abs. 2 und 3) berechtigten Ärzte können den Patienten mit Muster 28 zu einem verordnungsberechtigten Facharzt bzw. Psychotherapeuten überweisen, wenn sie begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine Indikation für Soziotherapie vorliegt. Ist der verordnende Arzt außerdem der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, die Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann mit der Verordnung auf Muster 28 einen soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzugezogen.

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

Der Vordruck hat zwei Durchschläge:

- das Original ist die Ausfertigung für die Krankenkasse,
- der 1. Durchschlag erhält der soziotherapeutische Leistungserbringer,
- der 2. Durchschlag verbleibt bei dem Arzt.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Diagnose (ICD-10-Code)

Hier ist die (Verdachts-) Diagnose als ICD-10-GM-Code verschlüsselt einzutragen.

② Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Falls bekannt ist, seit wann die Erkrankung besteht, ist hier das entsprechende Datum im Format TTMMJJ (z. B. 09.08.17) einzutragen.

③ Krankenhausbehandlung (wird vermieden / wird verkürzt / ist nicht ausführbar)

Da Soziotherapie nur verordnet werden kann, wenn Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, ist hier die entsprechende Angabe anzukreuzen.

④ Erklärung des Arztes

Ziel der Verordnung ist es, dass der Patient ärztliche bzw. psychotherapeutische und verordnete Leistungen selbständig in Anspruch nehmen kann. Um dies zu erreichen, wird ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen. Hier werden Name und Adresse des Soziotherapeuten auf dem Vordruck angegeben. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß § 2 der Soziotherapie-Richtlinien kommt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Status</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Arzt-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Datum</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status				Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				28 Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten Diagnose (ICD-10-Code) 1 Erkrankung besteht seit (falls bekannt) 2 3 Krankenhausbehandlung ☐ wird vermieden ☐ wird verkürzt ☐ ist nicht ausführbar 4 Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers Straße PLZ Ort Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig. Datum TTMMJJ Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. 5 IK des Leistungserbringers 6 Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Datum</th> <th style="width: 15%;">Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TTMMJJ</td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TTMMJJ</td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TTMMJJ</td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TTMMJJ</td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TTMMJJ</td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> </tbody> </table> 7 Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto Kontoinhaber IBAN BIC Geldinstitut Datum TTMMJJ Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers Ausfertigung für die Krankenkasse Muster 28a (10.2017)	Datum	Leistung	TTMMJJ		TTMMJJ		TTMMJJ		TTMMJJ		TTMMJJ	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																							
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																							
Datum	Leistung																								
TTMMJJ																									
TTMMJJ																									
TTMMJJ																									
TTMMJJ																									
TTMMJJ																									

Die folgenden Felder sind vom psychotherapeutischen Leistungserbringer auszufüllen

⑤ IK des Leistungserbringers

Hier ist das Institutionskennzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers einzutragen.

⑥ Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Zur Unterstützung der Inanspruchnahme der Überweisung stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Behandlungseinheiten zur Verfügung. In diesem Feld sind die Daten und die Beschreibung der Maßnahmen einzutragen. Diese Behandlungseinheiten werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet.

Verordnungen auf Muster 28 bedürfen nicht der Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Wenn der Patient trotz soziotherapeutischer Unterstützung nicht den Facharzt aufsucht oder der Facharzt keine weitere Soziotherapie verordnet, sind die erbrachten Behandlungseinheiten trotzdem abrechenbar. Die Abrechnung erfolgt auf Muster 28.

⑦ Bemerkungen zur Abrechnung

Hier werden die Kontodaten des soziotherapeutischen Leistungserbringers eingetragen.

Muster 29: unbesetzt

Muster 30: Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung

1. Der Berichtsvordruck für die Gesundheitsuntersuchung wird ausschließlich durch Ankreuzen ausgefüllt. Bei möglichen Alternativen ist bis auf eine Ausnahme („Geschlecht“) stets nur die ja-Antwort vorgesehen, so dass ein Ankreuzen entfällt, wenn das gefragte Merkmal nicht zutrifft. Aufgrund der Fragestellungen müssen insgesamt fünf Positionen auch bei völlig unauffälligem Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung ausgefüllt werden (Krankenkasse, Alter, Geschlecht, Blutdruck, Gesamtcholesterin). Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes mit einem X anzugeben. Für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht sind beide Felder mit einem X zu kennzeichnen.
2. Für den inhaltlichen Teil – insbesondere für Befunde und Diagnosen – gilt der Grundsatz, dass nur die für die Ziele der Gesundheitsuntersuchung relevanten Diagnosen und Befunde angekreuzt werden sollen. Eine solche klinische Relevanz liegt im Allgemeinen bei physiologischen Normabweichungen (z.B. respiratorische Arrhythmie) und interkurrenten Erkrankungen (z. B. vorübergehende Verletzungsfolgen) nicht vor.
3. Die Dokumentation kann wahlweise inhaltsgleich auch in elektronischer Form in der Dokumentation des Arztes erfolgen.

Muster 31 bis 35: unbesetzt

Muster 36: Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Empfehlung 36 zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V 1 Bewegungsgewohnheiten 1 Ernährung 1 Stressmanagement 1 Suchtmittelkonsum 1 Sonstiges
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

2

MUSTER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)

Mit der Präventionsempfehlung kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt einer Patientin oder einem Patienten eine Maßnahme zur Primärprävention von Krankheiten in Form einer ärztlichen Bescheinigung zu Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum oder sonstigen Bereichen empfehlen. Die Patientin oder der Patient kann mit der Präventionsempfehlung einen geeigneten Kurs bei ihrer oder seiner Krankenkasse beantragen. Ein Anspruch besteht dadurch zwar nicht, die Krankenkasse soll die Präventionsempfehlung bei ihrer Entscheidung jedoch berücksichtigen.

1 Bewegungsgewohnheiten / Ernährung / Stressmanagement / Suchtmittelkonsum / Sonstiges

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt wählt ein oder mehrere Handlungsfelder aus, die sie oder er der Patientin oder dem Patienten empfiehlt. Unter „Sonstiges“ sind nähere Angaben zu nicht aufgeführten Handlungsfeldern zu machen.

2 Hinweise des behandelnden Arztes

Hier kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Hinweise für den Patienten oder die Krankenkasse geben, sowie nähere Angaben zu empfohlenen Maßnahmen. Außerdem sollen bestehende Kontraindikationen für bestimmte Maßnahmen aufgeführt werden.“

Muster 37 und 38: unbesetzt

**Muster 39: Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungs-
untersuchungen Frauen**

Der Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung (Muster 39a), der dem zweiteiligen Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Frauen (Muster 39b und 39d [Muster 39c ist unbesetzt]) vorangestellt ist, ersetzt bei Überweisungen zur präventiven zytologischen Untersuchung den Überweisungsschein (Muster 6) und erspart dem überweisenden Arzt infolge des Durchschreibeverfahrens die zweimalige Beschriftung des Personalienfeldes.

Dem Zytologen wird durch Vorgabe der in Frage kommenden Gebührenordnungspositionen des EBM die Abrechnung erleichtert. Die Angabe des Eingangsdatums und der Untersuchungsnummer durch den Zytologen sind auf diesem Vordruck nicht erforderlich. Sie können jedoch, wenn dies der Vereinfachung des Ablaufs der internen Praxisorganisation dienlich ist, beim Eingang auf den nachfolgenden Formularsatz durchgeschrieben werden.

Die Ausfüllung des Dokumentationsvordruckes (Muster 39b bis 39d) erfolgt auf der Grundlage der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

***Muster 40: Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungs-
untersuchungen Männer***

Die Ausfüllung des Dokumentationsvordruckes gemäß Muster 40 erfolgt auf der Grundlage der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Dokumentation kann wahlweise inhaltsgleich auch in elektronischer Form in der Dokumentation des Arztes erfolgen.

Muster 41 bis 49: unbesetzt

Muster 50: *Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse*

1. Die Krankenkassen benötigen die Anfrage nach Muster 50 in den Fällen, in denen sie aufgrund von ärztlichen Bescheinigungen, die der Krankenkasse vorliegen, z. B. wegen unvollständiger oder fehlerhafter Angaben im Personalienfeld eine **Mitgliedschaft nicht feststellen** können.
2. Der Arzt soll vergleichen, ob die auf der Vorderseite angegebenen Personalien mit seinen Unterlagen übereinstimmen. Falls sich dabei Abweichungen ergeben, soll er Namen, Vornamen und Geburtsdatum berichtigen.
3. Der Arzt soll prüfen, ob ein Behandlungsausweis der anfragenden Krankenkasse vorliegt und ob der Name der Krankenkasse präzise angegeben worden ist (z.B. AOK Aachen oder AOK f. d. Kreis Aachen). Bei Kassenwechsel ist der genaue Name der neuen Krankenkasse anzugeben und das entsprechende Feld mit den Behandlungsdaten und Leistungsnummern auszufüllen.

Muster 51: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

1. Mit der Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers soll in unklaren Fällen abgeklärt werden, ob die Krankenkasse oder ein sonstiger Kostenträger für die Kosten der verordneten Leistungen (z.B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) bzw. der Behandlung zuständig ist, um ggf. beim anderen Kostenträger einen Anspruch auf Schadensersatz geltend machen zu können.
2. Der Vordruck wird unter Angabe des vorliegenden Sachverhaltes von den Krankenkassen an den Arzt übersandt. Der Arzt soll anhand seiner Kartei die entsprechenden Angaben zu der von der Krankenkasse zu klärenden Fragestellung machen. Wenn von der Krankenkasse der Sachverhalt **zu 1.** zu beurteilen ist (Arbeitsunfall, sonstiger Unfall), muss der Arzt auf der Rückseite ebenfalls nur die Angaben zu 1. ausfüllen. Angaben **zu 2.** sind auf der Rückseite vom Arzt nur dann auszufüllen, wenn von der Krankenkasse zu 2. eine Auskunft verlangt wird.
3. Die Angaben zum ursächlichen **Zusammenhang mit einem bestehenden Versorgungsleiden** benötigt die Krankenkasse um prüfen zu können, ob das Versorgungsamt für die Kosten, die im Zusammenhang mit diesem Krankheitsfall stehen, zuständig ist. Dabei soll der Arzt auch prüfen, ob ggf. seine Aufzeichnungen über das bestehende Versorgungsleiden mit den Angaben auf der Vorderseite dieses Vordruckes noch übereinstimmen.

Muster 52: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Das Muster 52 wird auf Anfrage der Krankenkasse vom Vertragsarzt ausgefüllt. Die Krankenkasse stellt dem Vertragsarzt einen Freiumschlag zu Verfügung. Die Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit wird die Krankenkasse frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit eines Erkrankungsfalls von 21 Tagen versenden. Eine Anfrage der Krankenkasse, die den Vertragsarzt vor der kumulativen Zeitdauer von 21 Tagen erreicht, muss nicht beantwortet werden.

Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf dem vereinbarten Vordruck mit. In begründeten Ausnahmefällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.

Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind die Anforderungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL). So liegt nach § 2 AU-RL Arbeitsunfähigkeit vor, wenn

- beschäftigte Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können; hierbei sind die konkreten Bedingungen der bisherigen Tätigkeit zu berücksichtigen. Endet die Beschäftigung während der Arbeitsunfähigkeit und wurde kein anerkannter Ausbildungsberuf ausgeübt (An- oder Ungelernte), ist ab diesem Zeitpunkt die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ohne die Besonderheiten des bisherigen Arbeitsplatzes erneut vorzunehmen. Beginnt während der Arbeitsunfähigkeit ein neues Beschäftigungsverhältnis, so beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes.
- arbeitslose Versicherte krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben; die bisherigen Tätigkeiten sind für die Beurteilung unerheblich.
- Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende – „Hartz IV“ - krankheitsbedingt, nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	52 Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?
(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 ☐ erwerbstätig als

2.2 ☐ Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.
Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ☐ ja ☐ nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

☐ nein ☐ ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

☐ keine	☐ Medizinische Rehabilitation
☐ Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	☐ Psychotherapeutische Behandlung
☐ Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	☐ Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
☐ Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule)	

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

☐ nein ☐ ja, folgende

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ☐ ja ☐ nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 52 (1.2016)

① Wegen welcher Diagnose(n) (ICD10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

Bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist unter 9. „Sonstiges/Bemerkungen zum Gesundheitszustand“ nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD-10-Kodierung notwendig ist.

② Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

Um eine medizinische Beurteilung des MDK zu ermöglichen, ist die Kenntnis der Tätigkeit / des zeitlichen Umfangs der Vermittelbarkeit als Entscheidungsgrundlage notwendig

③ Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

Sofern der Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit absehbar ist, ist hier der voraussichtliche Tag der Arbeitsfähigkeit einzutragen. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010215) anzugeben.

④ Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

Aus den Angaben zu den vorgesehenen diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen kann ggf. abgeleitet werden, ob und wann eine Begutachtung durch den MDK sinnvoll ist.

⑤ Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

Angaben zu weiteren behandelnden Ärzten sind nur dann zu machen, wenn diese nicht aus den dem MDK übersandten Befunden bzw. Berichten hervorgehen.

⑥ Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

Um frühzeitig Maßnahmen einleiten zu können, die der Gesundung und der Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben dienen, sind entsprechende Informationen für die Krankenkasse sehr wichtig.

Sofern der Vertragsarzt/die Vertragsärztin die Notwendigkeit zur Einleitung einer

- medizinischen Rehabilitation,
- stufenweisen Wiedereingliederung,
- innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsel,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder
- sonstiger Maßnahmen (z.B. Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Rehabilitationssport/ Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement)

sieht, oder eine Ernährungsberatung oder Rückenschule als sinnvoll angesehen wird, um die aktuelle Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen oder zukünftige Arbeitsunfähigkeiten zu vermeiden, soll dies möglichst gleichzeitig zusammen mit dem Versicherten eingeleitet werden und der Antrag unter „Sonstige“ angegeben werden. Ist eine direkte Einleitung nicht möglich, ist die Empfehlung hier anzugeben.

Ist keine Maßnahme zum Zeitpunkt der Beurteilung angezeigt, ist „Keine“ anzukreuzen, um die abschließende Prüfung der Frage zu dokumentieren.

7 Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

Neben den medizinischen Problemstellungen können vielfältige zusätzliche Faktoren vorliegen, welche einer Überwindung der Arbeitsunfähigkeit entgegenstehen. Um den MDK in die Lage zu versetzen, die Beurteilung auf derselben Grundlage durchführen zu können, sind diese weiteren Anhaltspunkte hier entsprechend anzugeben. Diese Kontextfaktoren können z.B. Besonderheiten des Arbeitsplatzes, Sprachbarrieren oder soziale und familiäre Besonderheiten darstellen.

8 Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

Diese Angabe ist notwendig, damit die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 51 SGB V nachkommen können. Hiernach sind die Krankenkassen verpflichtet zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Hintergrund dieser Prüfung ist, dass die Krankenkassen lediglich Träger für Leistungen bei einer zeitweisen Arbeitsunfähigkeit sein sollen und für weitergehende Leistungsansprüche vorrangig die Rentenversicherungsträger zuständig sind.

9 Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Liegen weitere für die Leistungsentscheidung relevante Informationen oder Besonderheiten vor, sollen diese hier angegeben werden. Liegen relevante Befunde vor, die bislang weder von der Krankenkasse noch vom MDK erfragt wurden, soll dies hier vermerkt werden.

Wurde im Feld **6** „Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt“ die Einleitung einer Maßnahme empfohlen und gleichzeitig zusammen mit dem Versicherten eingeleitet, ist hier die Antragstellung zu dokumentieren.

Muster 53: *Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten*

1. Diese Anfrage hat für die Träger der Krankenversicherung besondere Bedeutung, um den **Leistungsanspruch** des Versicherten auf Lohnfortzahlung oder **auf Krankengeld** im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften prüfen zu können.
2. Die auf der Rückseite bzw. Seite 2 der Anfrage unter I. der Krankenkasse anzugebenden Daten beziehen sich auf die derzeitige bzw. letzte Arbeitsunfähigkeit. Unter II. bis laufende Nr. 6 gibt die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitszeiten an, die ihrer Meinung nach mit der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang stehen können.
3. Bei III. wird nicht die Angabe sämtlicher Diagnosen verlangt, sondern nur derjenigen, die für sich allein betrachtet eine Arbeitsunfähigkeit ausgelöst hätten.

Muster 54: *unbesetzt*

Muster 55: Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V

Die Bescheinigung wird von der Krankenkasse benötigt, wenn Versicherte eine Herabsetzung der Belastungsgrenze bei Zuzahlungen von 2% auf 1% beantragen. Das Muster 55 ist nur auszustellen, wenn Versicherte dies für ihre konkrete Antragstellung auf eine Zuzahlungsbefreiung benötigen. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn Versicherte erstmalig einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung mit einer reduzierten Belastungsgrenze stellen oder bei einem Folgeantrag ein aktueller Nachweis von der Krankenkasse benötigt wird. Ist dies der Fall, teilt die Krankenkasse dies der/dem Versicherten im Rahmen der Antragstellung mit.

Vor der Ausstellung der Bescheinigung soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erfragen, ob das Muster bereits durch eine andere Vertragsärztin/einen anderen Vertragsarzt ausgestellt wurde, um die mehrfache Ausstellung innerhalb eines Kalenderjahres zu vermeiden.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen im § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu berücksichtigen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V 55 1 Seit T T M M J J (mindestens 4 Quartale zurückliegend) ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10) ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code 2 2 2			
Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich ☐ ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar ☐ ja, voraussichtlich bis M M J J ☐ nein			
Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 55 (10.2016)

1 Angabe Zeitraum der Dauerbehandlung

Hier erfolgt die Angabe, seit wann (TTMMJJ) die/der Versicherte sich in Dauerbehandlung befindet. Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die/der Versicherte min-

destens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Erkrankung in ärztlicher Behandlung war.

② Behandlungsbedürftige Dauerdiagnosen

An dieser Stelle sollen die Diagnosen angegeben werden, wegen derer sich die/der Versicherte in Dauerbehandlung befindet. Die Angabe der Diagnose(n) erfolgt nach ICD-10. Bei mehreren berücksichtigungsfähigen Diagnosen soll die Hauptdiagnose zuerst angegeben werden.

③ Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich

Hier ist anzugeben, ob eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) der zuvor unter ② angegebenen Erkrankung(en) erforderlich ist. Dies ist der Fall, wenn ohne die weitere Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Dabei soll angegeben werden, ob und ggf. für welchen Zeitraum (MMJJ) die Dauerbehandlung auch weiterhin erforderlich sein wird.

Die Rückseite des Musters ist ggf. durch die Versicherte/den Versicherten bzw. ihren/seinen Betreuer auszufüllen. Dies ist nur dann erforderlich, wenn der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung nicht allein für den auf der Bescheinigung genannten Versicherten gestellt wird, sondern z. B. gemeinsam über den Ehegatten.

Muster 56: *Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitations-sport / Funktionstraining*

I. Vordruck

Rehabilitationssport und Funktionstraining können **nicht gleichzeitig** auf einem Vordruck verordnet werden. Der Vordruck wird in der Regel bei Krankenkassen bzw. Sportvereinen / Selbsthilfegruppen oder dem Vertragsarzt vorgehalten. Auf Antrag des Versicherten soll der Vertragsarzt zur Notwendigkeit von Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Stellung nehmen.

II. Genehmigung

Vor Beginn des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings ist die Genehmigung der Krankenkasse durch den Versicherten einzuholen. Die Krankenkasse sendet den genehmigten Antrag an den Versicherten zurück.

III. Hinweise für Vertragsarzt und Patienten

3.1. *Rehabilitationssport*

Rehabilitationssport dient der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die ggf. erforderliche Heilmittelversorgung, z.B. Bewegungsübungen, Krankengymnastik. Die Krankenkassen finanzieren Rehabilitationssport in anerkannten qualifizierten Gruppen und Vereinen, mit denen in der Regel entsprechende vertragliche Vereinbarungen über die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports bestehen. Die Übungsgruppen stehen unter fachkundiger Leitung von Übungsleitern. Der Rehabilitationssport soll u.a. dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln mit dem Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.

3.2 *Funktionstraining*

Funktionstraining dient der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die ggf. erforderliche Heilmittelversorgung, z.B. Bewegungsübungen, Krankengymnastik.

Die Krankenkassen finanzieren Funktionstraining in anerkannten qualifizierten Gruppen, mit denen in der Regel entsprechende vertragliche Vereinbarungen über die Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings bestehen. Die Übungsgruppen stehen unter fachkundiger Leitung von Physiotherapeuten/-innen / Krankengymnasten/-innen und/oder Ergotherapeuten/-innen mit speziell-

len Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen / Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung. Diese müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den / die einzelne(n) Patienten/-in einzuschätzen. Das Funktionstraining soll u.a. dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln mit dem Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining i.S. eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

Die nachfolgenden Ausführungen basieren weitgehend auf der auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011¹, die trägerübergreifend die einheitlichen Grundsätze u.a. für die Durchführung des Rehabilitationssports bzw. Funktionstrainings festlegt.

IV. Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings

4.1 Rehabilitationssport

Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen² in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen geführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung

¹ Die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 ist im Internet auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu finden: <http://www.bar-frankfurt.de>.

² Zu diesen Personenkreisen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/-innen abzustellen.

Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Die Krankenkassen finanzieren Rehabilitationssport solange, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltung auf die fachliche Leistung des/der Übungsleiter(s)/in angewiesen ist, um die o.g. Ziele zu erreichen.

Die Krankenkassen haben sich in der o.g. Rahmenvereinbarung auf folgende Richtwerte bei der Leistungsdauer verständigt, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls auch abgewichen werden kann:

1. 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten (Richtwerte)
2. 120 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten (Richtwerte) bei:
 - Asthma bronchiale
 - Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben
 - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
 - Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz)
 - Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
 - Epilepsie, therapieresistent
 - Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
 - Infantile Zerebralparese
 - Marfan-Syndrom
 - Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
 - Morbus Parkinson
 - Mukoviszidose (zystische Fibrose)
 - Multiple Sklerose
 - Muskeldystrophie
 - Organische Hirnschädigungen durch:
 - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Tumore
 - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
 - Polyneuropathie
 - Querschnittlähmung
 - schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)

3. Bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen finanzieren die Krankenkassen 28 Übungseinheiten (Richtwert).
- Bei chronischen Herzkrankheiten finanzieren die Krankenkassen 90 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten (Richtwerte), bei herzkranken Kindern und Jugendlichen 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte).

Weitere Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze $< 1,4$ Watt/kg Körpergewicht (Nachweis nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen ICHÄ-miekriterien.

Der Leistungsumfang beträgt jeweils 45 Übungseinheiten innerhalb von 12 Monaten (Richtwerte). Bei anderen Indikationen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung kann Rehabilitationssport in Herzgruppen erneut in Betracht kommen.

Eine längere Leistungsdauer ist beim Rehabilitationssport (abgesehen von Ziffer 4) nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Das ist insbesondere der Fall, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. Dies gilt auch beim Rehabilitationssport in Herzgruppen.

Als Rehabilitationssportarten kommen primär Gymnastik (auch Wassergymnastik), Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Betracht, außerdem Sportkegeln für blinde Menschen, Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl. Ausgeschlossen sind Maßnahmen, die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z.B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), umfassen. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.

Spezielle Rehabilitationssportgruppen gibt es z.B. für Koronarpatienten (Herzgruppen, eine ständige ärztliche Aufsicht ist in diesen Gruppen gewährleistet), Krebskranke usw.

Sind Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich, ist dies neben der Angabe der empfohlenen Rehabilitationssportart zusätzlich anzukreuzen.

Über die bestehenden örtlichen Angebote geben die Krankenkassen sowie die Trägerverbände des Rehabilitationssports Auskunft.

4.2 Funktionstraining

Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen¹ in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist im Wesentlichen organorientiert. Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme / Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und ihn in die Lage zu versetzen, langfristig selbständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe (bis max. 15 Teilnehmern) im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Neben den bewegungstherapeutischen Übungen können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

Die Krankenkassen finanzieren Funktionstraining solange, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltung auf die fachliche Leistung des/der Therapeuten/in angewiesen ist, um die o.g. Ziele zu erreichen.

Die Krankenkassen haben sich in der o.g. Rahmenvereinbarung auf folgende Richtwerte bei der Leistungsdauer verständigt, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls auch abgewichen werden kann:

1. 12 Monate (Richtwert)
2. 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten / Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit / Mobilität:
 - Fibromyalgie-Syndrome
 - Kollagenosen

¹ Zu diesen Personenkreisen gehören i.S. der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- Psoriasis-Arthritis
- Rheumatoide Arthritis
- Schwere Polyarthrosen

Eine längere Leistungsdauer ist beim Funktionstraining nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Das ist insbesondere der Fall, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

Funktionstrainingsarten sind insbesondere

Trockengymnastik,
Wassergymnastik.

Über die bestehenden örtlichen Angebote geben die Krankenkassen sowie die Selbsthilfeorganisationen, z.B. Rheuma-Liga, Auskunft.

Muster 57 bis 60: unbesetzt

Muster 61 Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Auf Teil A des Musters 61 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse veranlassen (z.B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern) oder den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Krankenkasse ermitteln lassen, wenn dieser durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann (z.B. hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung). In diesem Fall ist ausschließlich Teil A auszufüllen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin/den Vertragsarzt über den zuständigen Rehabilitationsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gebeten, auch Teil B-D des Musters 61 auszufüllen und an die Krankenkasse zu richten. Um den verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Abgrenzung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu erleichtern, sind auf Teil A des Musters entsprechende Kriterien aufgeführt. Besteht Klarheit über die Zuständigkeit der Krankenkasse, kann auf das Ausfüllen des Teils A verzichtet und direkt der Teil B-D ausgefüllt an die Krankenkasse übermittelt werden.

Der Vordruck gliedert sich in drei Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

① In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen mit Relevanz für den Rehabilitationsprozess anzugeben. Die Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sie können zusätzlich als Freitext angegeben werden; dies ist in den Fällen erforderlich, in denen die Diagnose über die ICD-10-GM Verschlüsselung nicht ausreichend abgebildet werden kann. ② Wenn erforderlich und soweit es sich nicht aus dem ICD-10-GM ergibt, ist die Seitenlokalisation anzugeben (R=rechts, L=links, B=beidseits). ③ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten

④ Das Kästchen kann angekreuzt werden, wenn eine Beratung der Versicherten/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse oder eines anderen Rehabilitationsträgers angezeigt ist. Dies kann z.B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder bei onkologischer Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörigen von Versicherten oder Rentnern der Fall sein. Darüber hinaus kann das Kästchen ausgefüllt werden, wenn eine Beratung zu weiteren Leistungen der Krankenkasse (z.B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) angezeigt ist. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-D des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.			
5.			
6.			

* Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. ITSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

4 Beratung der/des Versicherten

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

5 Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

6 ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

7 III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil A (4.2016)

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

5 Wenn krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht und z.B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Ren-

tenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können, kann die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten werden. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-D des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Ggf. weitere Anmerkungen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

⑥ Hier können weitere Angaben von Seiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes wie z.B. die Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Sofern Anhaltspunkte erkennbar sind, dass andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) beim Versicherten bestehen, können diese hier benannt werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt

⑦ Hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt um Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers gebeten, teilt die Krankenkasse der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt mit, ob die Krankenkasse zuständig ist, (dann ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt noch Teil B-D des Vordrucks auszufüllen), die Rentenversicherung zuständig ist (dann sendet die Krankenkasse den Vordruck der Rentenversicherung an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt) oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

Muster 61 Teil B bis D:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Auf Teil B-D können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter verordnen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Bei Verwendung des Musters 61 Teil B-D ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, wenn

- kurative Einzelleistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichend sind und
- eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert ist und kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

Der Vordruck gliedert sich in sieben Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

❶ Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn es sich

- nicht um eine Minderung/erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handelt und
- auch nicht um die Folgen eines Arbeitsunfalles/einer Berufskrankheit handelt,

da in diesen Fällen grundsätzlich die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger (gesetzlichen Renten- bzw. Unfallversicherung) besteht.

❷ Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern werden sowohl zu Lasten der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung erbracht (gleichrangige Zuständigkeit). Wünscht die Versicherte/der Versicherte die Erbringung durch die Rentenversicherung, ist die Zuständigkeit der Krankenkasse nicht gegeben und der Vordruck der Rentenversicherung auszufüllen.

Das Kästchen ist nur anzukreuzen, wenn die Versicherte/der Versicherte nach erfolgter vorheriger Beratung (siehe Muster 61 Teil A) die Durchführung der Leistung in Zuständigkeit der Krankenkasse wünscht.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

❸ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen mit Relevanz für den Rehabilitationsprozess anzugeben. Die Diagnosen sind gemäß im ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sie können zusätzlich als Freitext angegeben werden; dies ist in den Fällen erforderlich, in denen die Diagnose über die ICD-10-GM Verschlüsselung nicht ausreichend abgebildet werden kann. ❹ Wenn erforderlich und soweit es sich nicht aus dem ICD-10-GM ergibt, ist die Seitenlokalisation anzugeben (R=rechts, L=links, B=beidseits). ❺ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolgen,

etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	61 Teil B Verordnung von medizinischer Rehabilitation Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend ☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner) ☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV
---	--

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **	
1.				
2.				
3.				

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.				
5.				
6.				

*** Seitenlokalisation**
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

**** Mögliche Ursache der Erkrankung**
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein
 ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeeingeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil B (4.2016)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

Mit diesem Abschnitt werden zusätzlich zur Anamnese und den Schädigungen die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments abfragt.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

A. Kurze Angaben zur Anamnese

⑥ Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung der Versicherten/des Versicherten einschließlich ihrer/seiner Beschwerden.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

⑦ Hier sollen die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgelistet werden, die für die unter II. G angeführten rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.

Beispiel: Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90 Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen).

Untermauert werden können die Angaben mit entsprechenden Assessments, beispielsweise dem Barthel-Index.

C – F. Bisherige Leistungen (Krankenbehandlung)

⑧ In den Unterabschnitten C bis F werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimitteltherapie, Heil- und Hilfsmiteileinsatz und andere Maßnahmen wie z.B., Patientenschulung oder medizinische Vorsorgeleistungen erfragt.

⑨ Sofern bekannt, soll hinsichtlich der Heilmitteltherapie auch eine Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate gemacht werden.

Zudem soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt unter D bestätigen, dass das Behandlungsziel mit einer (weiteren) Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist.

Diese Dokumentation soll noch einmal unterstreichen, dass mit einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung oder deren einfachen Kombination die Behandlungsziele nicht zu erreichen sind.

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

⑩ Hier wird gezielt nach nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe an unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens gefragt.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

10 G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		☐	☐	☐
Stehen / Gehen		☐	☐	☐
Treppensteigen		☐	☐	☐
Sonstige		☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken		☐	☐	☐
An- / Auskleiden		☐	☐	☐
Waschen		☐	☐	☐
Baden / Duschen		☐	☐	☐
Toilettenbenutzung		☐	☐	☐
Sonstige		☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

11 H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung
☐ Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)

☐ Übergewicht

☐ Untergewicht

☐ Medikamente

☐ Nikotin

H. Kontextfaktoren

11 Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personbe-

zogene Faktoren). Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf das Gesundheitsproblem haben. Kontextfaktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. Auch den Rehabilitationserfolg evtl. gefährdende Risikofaktoren sollten an dieser Stelle benannt werden.

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

⑫ Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzen. Ist dies nicht der Fall, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

IV. Rehabilitationsziele

⑬ Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

A-B. Rehabilitationsziele

In diesem Unterabschnitt soll sich die Vertragsärztin/der Vertragsarzt positionieren, welche Ziele sie/er unter Beachtung negativ wirkender Kontext- bzw. Risikofaktoren für realistisch hält – sowohl hinsichtlich der Funktionsschädigungen als auch der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe.

Die Rehabilitationsziele beziehen sich neben den oben genannten Funktionsschädigungen in erster Linie auf die daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Sie sollten möglichst konkret beschrieben werden (z.B. Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken). Die mit dem Patienten/der Patientin und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Rehabilitationszielen und denen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

V. Rehabilitationsprognose

⑭ In diesem Unterabschnitt soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine Aussage treffen, ob die zuvor formulierten Rehabilitationsziele sowohl durch die empfohlene Leistung zur medizinischen Rehabilitation als auch im vorgesehenen Zeitraum vollumfänglich oder ggf. nur eingeschränkt erreicht werden können.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

12 III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

13 IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

14 V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

15 VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant	☐ ambulant-mobil	☐ stationär
☐ Mütter-Leistung	☐ Väter-Leistung	☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ nein ☐ ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

16 A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation	☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation
---	--

17 B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ ja	☐ nein
-----------------------------	-------------------------------

18 C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

☐ ja	☐ nein
-----------------------------	-------------------------------

19 D. Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel	☐ PKW erforderlich	☐ Begleitperson erforderlich
---	---	---

20 E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

21 F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 61 Teil D (4.2016)

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit. Dabei ist der positive wie negative Einfluss

des sozialen wie persönlichen Lebenshintergrundes (Umwelt- und personbezogenen Faktoren) einzubeziehen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Motivation der Patientin oder des Patienten mit Blick auf die Verstärkung von Ressourcen (z. B. Einstellungen zu den krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen, Bewältigungsstrategien) wie auch einer möglichen Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren (z.B. Risikofaktoren).

VI. Zuweisungsempfehlungen

A-B. Empfohlene Rehabilitationsform und weitere Bemerkungen

15 Dieser Unterabschnitt beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z.B. ambulant, stationär oder als Mütter-/Väter-Leistung erbracht werden soll. Bei der Verordnung einer Mütter-/Väter-Leistung bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung sind die für diese relevanten Kontextfaktoren in Abschnitt II. H besonders darzustellen. Für die Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung (nicht Rehabilitation) für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V ist das Muster 61 Teil B-D nicht zu verwenden. Hierfür wird ein gesonderter Verordnungsvordruck zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt Angaben darüber machen, welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgen soll, erfüllen soll oder ob diesbezüglich keine Bemerkungen/Begründungen notwendig sind.

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung

16 In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von 4 Jahren zwischen zwei Rehabilitationsleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist, oder eine andere Krankheit die Rehabilitation begründet. In jeden Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert begründet werden.

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung

17 Hier ist die Frage zu beantworten, ob eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld und damit eine wohnortferne Maßnahme notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation

18 In diesem Unterabschnitt ist die Frage zu beantworten, ob die häusliche Versorgung im Falle einer ambulanten Rehabilitation gesichert ist.

D. Reisefähigkeit

19 Mit dieser Frage wird die Reisefähigkeit der Patientin/des Patienten erfasst. Können z.B. öffentliche Verkehrsmittel, mit denen die Patientin/der Patient die Einrichtung erreichen kann, benutzt werden? Sind ein PKW und/oder eine Begleitperson erforderlich?

E. Sonstige

20 In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise gegeben werden, wie z.B. zur Reisefähigkeit, oder zum Bestehen einer Schwangerschaft oder wenn Anhaltspunkte beim Versicherten erkennbar sind, dass weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bestehen, die über die medizinische Rehabilitation hinausgehen (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

F .Rückruf erbeten

21 Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hat hier die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten.“

Muster 62: *unbesetzt*

Muster 63: *Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)*

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird auf dem Vordruckmuster 63 „Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“ nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von dem behandelnden Vertragsarzt verordnet.

Für die Verordnung wird insbesondere auf folgende Punkte hingewiesen:

1. Die Verordnung der SAPV ist nur zulässig, wenn der Versicherte
 - an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch seine Lebenserwartung begrenzt ist und somit anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung im Vordergrund steht und
 - er eine besonders aufwändige Versorgung benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI erbracht werden kann.

Die Verordnung setzt demnach voraus, dass mindestens eines der auf dem Verordnungsvordruck genannten komplexen Symptomgeschehen (vgl. § 4 der SAPV-Richtlinie) vorliegt und das Krankheitsbild sowie der erforderliche Versorgungsbedarf ausreichend beschrieben sind.

2. Die SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig von spezialisierten Leistungserbringern erbracht. Sie kann in dem Umfang verordnet werden,
 - wie es notwendig und zweckmäßig ist und
 - soweit das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere der allgemeinen Palliativversorgung, nicht ausreicht, um dem schwerkranken Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

§ 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie enthält eine Aufzählung der wesentlichen Leistungsinhalte.

3. Im Rahmen der SAPV ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar und der Arzt hat daher bei der SAPV-Verordnung die erforderlichen Maßnahmen mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen.
4. Die Verordnung (Vorderseite des Vordrucks 63) ist von Vertragsärzten auszustellen. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck anzugeben
 - den Verordnungszeitraum,
 - die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die SAPV,
 - das komplexe Symptomgeschehen mit einer näheren Beschreibung dieses Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs,

- die aktuelle Medikation einschl. der ggf. gegebenen Betäubungsmittel sowie
- die erforderlichen spezialisierten palliativärztlichen und palliativpflegerischen Maßnahmen der SAPV einschließlich deren inhaltlichen Ausrichtungen; die Maßnahmen können dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend
 - o Beratungsleistung
 - o Koordination der Palliativversorgung
 - o additiv unterstützende Teilversorgung
 - o vollständige Versorgung

sein. Die SAPV kann als Beratungsleistung für den behandelnden Arzt, die behandelnde Pflegefachkraft oder den Patienten/die Angehörigen erbracht werden. Im Einzelfall ist auch eine Beratung einer anderen Person möglich.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe.

5. Die vom Versicherten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite des Verordnungsvordrucks 63, die vom Versicherten bzw. vom SAPV-Leistungserbringer auszufüllen ist – es ist nur die Rückseite von Muster 63a (Ausfertigung für die Krankenkasse) auszufüllen) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die verordneten und vom spezialisierten Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V.

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den verordnenden Arzt sowie die Leistungserbringer der SAPV über die Gründe zu informieren.

Muster 64

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	64 Teil A Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

1 A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

1 B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

2 A. Kurze Angaben zur Anamnese

3 B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

4 C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐ Tod des Partners/naher Angehöriger	☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐ Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	☐ Teenager-schwangerschaft	☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
☐ Erziehungsschwierigkeiten	☐ Pflege von Familienangehörigen	☐ soziale Isolation	☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	☐ finanzielle Sorgen	☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	☐ drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	☐ ständiger Zeitdruck	☐ allein erziehend	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie
☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten			

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Aa (10/2018)

Auf dem Muster 64 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter verordnen. Diese Leistungen können auch als Mutter-/Vater-Kind Leistung erbracht werden. Maßgebend für deren Emp-

fehlung ist die Indikation für die Mutter/den Vater. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter können auf dem Muster 61 Teil B-D verordnet werden. Im Gegensatz zu einer Rehabilitationsmaßnahme für Mütter oder Väter liegen bei einer Vorsorgeleistung für Mütter oder Väter noch keine längerfristigen (> 6 Monate) Aktivitätsbeeinträchtigung bei der Mutter/dem Vater vor.

Bei Verwendung des Musters 64 ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Vorsorge erbringt, wenn eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für die Vorsorgeleistung gegeben ist.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

❶ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) sowie die vorsorgerelevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Diagnosen sind als ICD-Codes zu verschlüsseln und können zusätzlich als Klartext angegeben werden. Um eine bessere Vorstellung davon zu erhalten, welche Einschränkungen im täglichen Leben aus der Erkrankung resultieren, können darüber hinaus Funktionsdiagnosen angegeben oder Freitextangaben gemacht werden.

II. Vorsorgebedürftigkeit

In diesem Abschnitt werden zur Anamnese und den vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe, die Kontextfaktoren abgefragt, die für die mütter-/vaterspezifische Problemsituation relevant sind.

Vorsorgebedürftigkeit besteht einerseits, wenn bei der Mutter/dem Vater beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden.

Vorsorgebedürftigkeit besteht andererseits auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert, das Auftreten von Rezidiven bzw. Exazerbationen vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll.

Bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit sind die auf das Gesundheitsproblem wirkenden Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Vorsorgebedürftigkeit besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist.

A. Kurze Angaben zur Anamnese

❷ Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der Anamnese und ggf. des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung einschließlich der Beschwerden.

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen

③ Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei deren Durchführung haben kann. Bei Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung kann dies z. B. folgende Aktivitäten betreffen: Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, häusliches Leben organisieren.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Teilhaben am Familienleben, an der Arbeitswelt oder am sozialen Umfeld. Beeinträchtigungen können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

④ Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren). Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf das Gesundheitsproblem haben.

Kontextfaktoren tragen zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung (z. B. ständiger Zeitdruck, finanzielle Sorgen). Bei Müttern und Vätern können die Kontextfaktoren aufgrund der Erziehungsverantwortung eine besondere mütter-/vaterspezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation münden.

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

⑤ In den Unterabschnitten A. und B. werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimittel-/Heilmitteltherapie und andere Maßnahmen wie z. B. Patientenschulungen oder Rehabilitationssport/Funktionstraining erfragt.

Zudem soll bestätigt werden, dass das Behandlungsziel mit weiteren Heilmittelbehandlungen nicht zu erreichen ist. Dies bedeutet, dass eine generelle Heilmittelversorgung als auch das Weiterverordnen einer bestehenden Heilmittelversorgung dem Behandlungsziel nicht gerecht wird.

Die Dokumentation der bisherigen Maßnahmen zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten in Unterabschnitt B. soll noch einmal unterstreichen, dass mit den bisherigen Einzelmaßnahmen die Behandlungsziele nicht erreicht wurden bzw. erreicht werden können.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

5 A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

6 A. Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

7 A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐ Mütter-Leistung
 ☐ Väter-Leistung
 ☐ Mutter-Kind-Leistung
 ☐ Vater-Kind-Leistung

8 B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1.	TTMMJJ	☐	☐	☐
2.	TTMMJJ	☐	☐	☐
3.	TTMMJJ	☐	☐	☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

9 A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende

10 B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung

11 C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

12 D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Ba (10.2018)

IV. Vorsorgeziele

6 In diesem Abschnitt sind die Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen bzw. Kontext- und Risikofaktoren anzugeben (z. B. Erlernen von Bewältigungsstrategien, Vermeidung der Chronifizierung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsproblems).

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform

⑦ In diesem Unterabschnitt kann eine Leistungsform empfohlen werden, z. B. ausschließlich Mütter-Leistung oder als gemeinsame Mutter-Kind-Leistung.

Eine gemeinsame Mutter-/Vater-Kind-Leistung kommt in Betracht, wenn bei der Mutter/dem Vater eine eigene Vorsorgebedürftigkeit besteht und z. B.

- für das Kind eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, d. h. es behandlungsbedürftig ist oder bereits an einer chronischen Erkrankung leidet, eine Behinderung oder eine psychische Auffälligkeit aufweist und entsprechend dieser Beeinträchtigung(en) behandelt werden kann oder
- eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll oder
- psychosoziale Gründe vorliegen bzw. die Betreuung des Kindes sichergestellt werden muss.

Eine Mutter-/Vater-Kind-Leistung kommt nicht in Betracht, wenn beim Kind eine eigene Indikation zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorliegt. In diesen Fällen ist für das Kind eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV oder GKV zu beantragen bzw. zu verordnen.

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

⑧ Sofern es sich um eine Mutter-Kind-Leistung bzw. Vater-Kind-Leistung handelt, sind an dieser Stelle der Name und das Geburtsdatum des Kindes anzugeben. Darüber hinaus ist anzukreuzen, aus welchem Grund (vgl. Pkt. ⑦) eine Aufnahme erfolgen soll.

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung

⑨ Hier sollen Angaben darüber gemacht werden, welche Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung gestellt werden, in der die Leistung zur medizinischen Vorsorge erfolgen soll (z. B. Klima, Barrierefreiheit, spezialisierte Therapieangebote, besondere Kostformen etc.). Ebenso können besondere Hinweise für mitaufzunehmende Kinder angegeben werden.

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist dringend medizinisch notwendig

⑩ In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Vorsorge vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren zwischen zwei Vorsorgeleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der vorsorgebegründenden Gesundheitsstörung/Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Vorsorge indiziert ist, oder eine andere Gesundheitsstörung/Erkrankung die Vorsorge begründet. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert erläutert werden.

C. Sonstige

⑪ In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise, die im Hinblick auf die indizierte Maßnahme von Bedeutung sind, gegeben werden, wie z. B. zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.

D. Rückruf erbeten

⑫ Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hat hier die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten um z. B. vor einer Leistungsentscheidung der Krankenkassen noch weitere Informationen auszutauschen.

Muster 65: Ärztliches Attest Kind

Krankenkasse bzw. Kostenträger		65 Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

I. Kurze Angaben zur Anamnese

1

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

2

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

3

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

4**III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**
5**IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme**
6**V. Hinweise für die Zuweisung**
A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

7
☐ ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Auf dem Muster 65 bescheinigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Behandlungsnotwendigkeit von Kindern, die im Rahmen von Leistungen der medizinischen Vorsorge-/Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V in eine Vor-

sorge-/Rehabilitationseinrichtung mit aufgenommen werden sollen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter sind auf dem Muster 64 zu verordnen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter sind auf dem Muster 61 Teil B-D zu verordnen. Diese Muster werden ebenfalls in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Besteht für das Kind ein eigener Rehabilitationsbedarf, so ist unter Berücksichtigung der gleichrangigen Zuständigkeit eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV oder GKV zu beantragen bzw. zu verordnen.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Kurze Angaben zur Anamnese

❶ Dieser Abschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und ggf. des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung des Kindes einschließlich seiner Beschwerden.

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

Eine eigene Behandlungsnotwendigkeit kann aufgrund einer Gesundheitsstörung, Erkrankung, Behinderung oder psychischen Auffälligkeit des Kindes gegeben sein. Um die Behandlung des Kindes im Rahmen einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme sicher zu stellen, sind Angaben zu den vorliegenden Gesundheitsproblemen vorzunehmen.

A. Gesundheitsstörungen

❷ In diesem Unterabschnitt sind die Gesundheitsstörungen anzugeben (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten).

B. Erkrankungen

❸ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Bewegungsmangel) sowie die vorsorgerelevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Diagnosen sind als ICD-Codes zu verschlüsseln und können zusätzlich als Klartext angegeben werden. Um eine bessere Vorstellung davon zu erhalten, welche Einschränkungen im täglichen Leben aus der Erkrankung resultieren, können darüber hinaus Funktionsdiagnosen angegeben oder Freitextangaben gemacht werden.

C. Weitere relevante Informationen

❹ Hier können weitere über II. A. (vgl. ❷) und II. B. (vgl. ❸) hinausgehende relevante Informationen, z. B. zu Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen sowie Pflegegrad, angegeben werden.

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

⑤ In diesem Abschnitt sollen die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimittel-/Heilmitteltherapie und andere Maßnahmen aufgeführt werden.

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

⑥ In diesem Abschnitt sind die empfohlenen Interventionen für das Kind während der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Mutter/des Vaters anzugeben (z. B. Ernährungsberatung, Mutter-Kind-Interaktion, Entspannungstherapie, Sport und Gesundheitstraining).

V. Hinweise für die Zuweisung

⑦ Hier sind Angaben darüber zu machen, welche Anforderungen im Einzelfall an die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gestellt werden, unter anderem auch um eine sachgerechte Behandlung des mitaufzunehmenden Kindes gewährleisten zu können (z. B. Klima, Barrierefreiheit, spezialisierte Therapieangebote, spezialisierte Fachkräfte, besondere Kostenformen etc.).

Muster 66 bis 69: unbesetzt

Muster 70: *Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten*

Formularkopf:

Die Daten der Ehepartner sind in die mit den Geschlechtssymbolen gekennzeichneten Felder einzusetzen.

Positionen I-III:

1. Die Indikationen für IVF/EIFT gemäß 11.3 sind wie folgt abzubilden :

- Z.n. Tubenamputation,
- Tubenverschluss,
- tubarer Funktionsverlust,
- idiopathische Sterilität,
- Subfertilität des Mannes,
- immunologisch bedingte Sterilität.

Die Indikationen für GIFT gemäß 11.4 sind wie folgt abzubilden:

- tubarer Funktionsverlust,
- idiopathische Sterilität,
- Subfertilität des Mannes.

Die Indikation für ICSI gemäß 11.5 ist abzubilden als:

- männliche Fertilitätsstörung gemäß Nr. 11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung.

Die Indikationen für Inseminationen nach 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung sind wie folgt abzubilden:

- somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie),
- gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion,
- Subfertilität des Mannes,
- immunologisch bedingte Sterilität.

Die Indikationen für Inseminationen nach 10.2 sind wie folgt abzubilden:

- Subfertilität des Mannes,
- immunologisch bedingte Sterilität.

2. Die Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen ist anzugeben mit Anzahl der Versuche und Angabe der Methode nach 10.1-10.5 gemäß Richtlinien über künstliche Befruchtung (z.B. 5 x 10.1).

3. Sämtliche Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro getrennt für Mann und Frau anzugeben. Die Kostenschätzungen für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (z.B. HIV Test, humangenetische Untersuchungen) sind (unter III a) getrennt von den sonstigen pro Zyklusfall anfallenden Kosten (unter III b) anzugeben.

4. Für die Kostenschätzung der ärztlichen Behandlung sind die EBM Positionen anzugeben.
Die geschätzte Kostenspanne für die Gesamtkosten der ärztlichen Behandlung ist in Euro anzugeben, wobei der regional vereinbarte Punktwert zugrunde zu legen ist.
EBM Positionen, die bei den Methoden gemäß 10.1-10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung angegeben werden können, finden sich abschließend entsprechend der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Bereinigung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 3e SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V und zu den Leistungen der Sterilisation gemäß § 24b SGB V.
5. Der Verfahrensweg gestaltet sich wie folgt:
Der vollständig ausgefüllte Behandlungsplan mit Durchschlag wird dem zu behandelnden Ehepaar ausgehändigt. Das Paar legt den Behandlungsplan mit Durchschlag nacheinander beiden Krankenkassen zur Genehmigung vor. Die Genehmigungen werden auf Formular und Durchschlag erteilt. Das von beiden Kassen genehmigte Formular wird anschließend dem Arzt vorgelegt, der die Maßnahme der künstlichen Befruchtung durchführt. Der Arzt behält das Original und leitet den Durchschlag mit der ersten Abrechnung der Maßnahme an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.

Muster 70A: Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

Über die Angaben in Muster 70 hinausgehend ist in Muster 70A folgendes einzutragen:

Formularkopf:

Das Datum des vorangegangenen Behandlungs- bzw. Folgeplans ist einzutragen.

Position II:

Die Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen ist anzugeben mit Anzahl der Versuche und Angabe der Methode nach 10.1-10.5 gemäß Richtlinien über künstliche Befruchtung. Zusätzlich ist die jeweilige Anzahl an Versuchen ohne Eintritt einer Schwangerschaft anzugeben.

Beispiel: 3 X 10.2, 1 X ohne Schwangerschaft

Muster 71 bis 84: unbesetzt

***Muster 85: Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen
des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V***

ohne Erläuterung

Muster 86: Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK

Haben die Krankenkassen für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V durch den MDK Unterlagen beim Vertragsarzt angefordert, so übermittelt dieser die Unterlagen unmittelbar an den MDK.

Die Krankenkasse fügt ihrem Anforderungsschreiben für die benötigten Unterlagen den vorausgefüllten Weiterleitungsbogen (Muster 86) bei. Der Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung des zuständigen MDK als auch der automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Versicherten. Er ist vollständig durch die zuständige Krankenkasse auszufüllen. Im gesamten Dokument ist für die Beschriftung der Textfelder entweder einheitlich die Schriftart Helvetica oder Arial anzuwenden; für die Adresse gilt Schriftgröße 11 pt., für den Absender gilt Schriftgröße 6 pt. und für alle weiteren Felder gilt Schriftgröße 10 pt.

Der Arzt fügt dem Weiterleitungsbogen die angeforderten Unterlagen in Kopie bei. Liegen dem Arzt die angeforderten oder andere in diesem Zusammenhang relevante Unterlagen nicht vor, so ist der Weiterleitungsbogen ohne Anlage oder gesonderte Kennzeichnung direkt an den MDK zu versenden. Der Versand erfolgt im von den Krankenkassen nach § 62 Abs. 2 BMV-Ä zur Verfügung gestellten Freiumschlag, der mindestens das Format C5 hat. Der Freiumschlag darf ausschließlich im Zusammenhang mit Muster 86 genutzt werden; eine abweichende Nutzung ist unzulässig.

Für den Versand von Unterlagen an den MDK ist zwingend der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen zu nutzen, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MDK oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Ein Versand der Unterlagen an den MDK ohne Vorlage dieser Informationen ist unzulässig.

Liegen weitere für die Beurteilung durch den MDK relevante Informationen oder Besonderheiten vor, können diese formlos dem Weiterleitungsbogen für den Gutachter beigelegt werden.

Muster 87 bis 99A unbesetzt