

Erläuterungen

zur Vereinbarung über

Vordrucke für die

vertragsärztliche Versorgung

Stand: April 2013

ALLGEMEINES	5
Muster 1: <i>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung</i>	8
Muster 2: <i>Verordnung von Krankenhausbehandlung</i>	10
Muster 3: <i>Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung.....</i>	12
Muster 4: <i>Verordnung einer Krankenförderung</i>	13
Muster 5: <i>Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie.....</i>	17
Muster 6: <i>Überweisungsschein.....</i>	20
Muster 7: <i>Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen.....</i>	23
Muster 8: <i>Sehhilfenverordnung.....</i>	24
Muster 8A: <i>Verordnung von vergrößernden Sehhilfen.....</i>	24
Muster 9: <i>Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten</i>	26
Muster 10: <i>Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung</i>	27
Muster 10A: <i>Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften</i>	30
Muster 11: <i>Bericht für den Medizinischen Dienst.....</i>	32
Muster 12: <i>Verordnung häuslicher Krankenpflege.....</i>	33
Muster 13: <i>Heilmittelverordnung.....</i>	35
A. Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	35
B. Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie.....	38
Muster 14: <i>Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie).....</i>	40
Muster 15: <i>Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe</i>	43
Muster 16: <i>Arzneiverordnungsblatt</i>	44
Muster 17: <i>Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Krankengeld ...</i>	47
Muster 18: <i>Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie).....</i>	48

Muster 19:	Notfall-/Vertretungsschein.....	51
Muster 20:	Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan).....	52
Muster 21:	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.....	53
Muster 22:	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	54
Muster 23 und 24 unbesetzt		56
Muster 25:	Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V.....	57
Muster 26:	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V.....	58
Muster 27:	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V.....	59
Muster 28:	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie	60
Muster 29	unbesetzt.....	61
Muster 30:	Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung.....	62
Muster 31 bis 38 unbesetzt		63
Muster 39:	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Frauen	64
Muster 40:	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Männer.....	65
Muster 41:	Arztanfrage.....	66
Muster 42 bis 49 unbesetzt		67
Muster 50:	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse.....	68
Muster 51:	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers ...	69
Muster 52:	Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	70
Muster 53:	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten	71
Muster 54	unbesetzt.....	72
Muster 55:	Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V.....	73

Muster 56:	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining	75
Muster 57 bis 59 unbesetzt		81
Muster 60:	Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten.....	82
Muster 61:	Verordnung von medizinischer Rehabilitation.....	83
Muster 62	unbesetzt.....	86
Muster 63:	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	87
Muster 64 bis 69 unbesetzt		89
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	90
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	92
Muster 71 bis 79 unbesetzt		93
Muster 80:	Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten.....	94
Muster 81:	Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherten Patienten bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland	95
Muster 82 bis 84 unbesetzt		96
Muster 85:	Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V.....	97
Muster 86 bis 98 unbesetzt		98
Muster 99	unbesetzt.....	99
Muster 99A	unbesetzt.....	100
HINWEISE UND REGELUNGEN:		101

Die Besonderheiten, die sich aus dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag ergeben, sind durch Kursivdruck im Inhaltsverzeichnis kenntlich gemacht.

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 schuldhaftes Verletzen 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 Krankenversichertenkarte vorgelegt, überträgt der Arzt die Daten maschinell auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung unter Verwendung eines Lesegerätes und Druckers oder 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 Krankenversichertenkarte ausgedruckten numerischen Angaben ist folgendes anzumerken:

Hinter dem Kassennamen im Personalienfeld wird eine fünfstellige Nummer angegeben. Diese beinhaltet für Versicherte der Betriebs- und Innungskrankenkassen eine im §2 Satz 7a der „Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte“ geregelte eindeutige Zuordnung der Versicherten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Für alle anderen Krankenkassen steht hinter dem Kassennamen die Vertragskassennummer (VKNR).

Der Versichertenstatus wird 4stellig angegeben. Die erste Stelle gibt an, ob es sich um ein Mitglied (1), einen Familienangehörigen von einem Mitglied (3) oder um einen Rentner und dessen Familienangehörigen (5) handelt. Die Stellen zwei bis vier enthalten die Information, ob der Versicherte an der Stichprobenauswahl zum Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen teilnimmt, enthalten das Geschlecht, die Angabe, ob eine Berufs-, eine Erwerbsunfähigkeitsrente oder eine Rente für Bergleute bezogen wird, und das Geburtsjahr.

An den Versichertenstatus wird der Ost-West-Status angehängt. Er enthält die Kennzeichnung, ob es sich um einen Versicherten aus den alten oder neuen Bundesländern handelt (1=West, 9=Ost). Nimmt der Versicherte an einem Disease-Management-Programm teil, so wird das Statusfeld mit „M“ (DMP Diabetes mellitus, West), „X“ (Diabetes mellitus, Ost), „A“ (Brustkrebs, West) oder „C“ (Brustkrebs, Ost) belegt.

Handelt es sich bei dem Versicherten um einen Sozialhilfeempfänger nach §264 SGB V, wird das Feld mit dem Kennzeichen „4“ belegt, bei einem Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht (BVG, BEG etc.) wird das Feld mit der Kennzeichnung „6“ belegt, bei einem Berechtigten nach dem über- bzw. zwischen-staatlichen Krankenversicherungsrecht (SVA) wird es mit dem Kennzeichen „7“ und „8“ belegt.

Ferner enthält das Personalienfeld das Ausstellungsdatum und das Datum, bis zu dem die Krankenversichertenkarte gültig ist. Letzteres wird unterhalb des Geburtsdatums im Adressfeld eingedruckt.

Näheres über die Verwendung der Krankenversichertenkarte in der Arztpraxis sowie über das Ersatzverfahren bei Nichtvorlage der Karte oder aus anderen Gründen, ist in der Anlage 4 BMV-Ä/EKV der „Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte“, zu entnehmen.

7. 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).
8. Die Vordrucke sind jeweils unten rechts nummeriert, wobei zusätzlich der Monat und das Jahr ihrer Einführung bzw. ihrer letzten Änderung angegeben sind.

9. 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.
10. Für die Beantwortung von Kassenanfragen (Muster 41, 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

1. **Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt.** Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur auf Grund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nur für einen Versicherten auszustellen, der Anspruch auf Entgeltfortzahlung hat, andernfalls ist nur für die Erstbescheinigung das Muster 1 auszustellen. Für die weitere Bescheinigung ist der Krankengeldauszahlungsschein zu verwenden. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung.
2. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine **Erst- oder Folgebescheinigung** handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Arzt 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.
3. **Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls** ist „Arbeitsunfall/Arbeitsunfallfolgen“ und zutreffendenfalls „**Dem Durchgangsarzt zugewiesen**“ anzukreuzen. Sollte der behandelnde *Vertragsarzt* von der Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt befreit sein, so ist in dieser Zeile „befreit“ einzutragen.
4. In der Zeile „**Arbeitsunfähig seit ...**“ ist einzutragen, von welchem Tag an bei dem Versicherten nach dem vom *Vertragsarzt* erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme 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 zwei Tagen zulässig.
5. 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.
6. Es wird darauf hingewiesen, dass in den Zeilen „Arbeitsunfähig seit ...“, „Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich ...“ und „Festgestellt am ...“ die Daten sechstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010200) anzugeben sind.
7. In das Kästchen „**Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich ...**“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen ärztlichen Befundes Arbeitsunfähigkeit besteht. Der *Vertragsarzt* hat auf diese Angabe besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Lohnfortzahlung wichtig ist.

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.

Bei Einweisung zur sofortigen stationären Krankenhausbehandlung ist anstelle der Eintragung des Datums zu vermerken „Stationäre Krankenhausbehandlung“.

8. Die **Feststellung der Arbeitsunfähigkeit** darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde. Dieses Datum kann also auch der Tag sein, an welchem ein anderer Arzt (Arzt im Bereitschafts- oder Notfalldienst, Durchgangsarzt) die Arbeitsunfähigkeit anstelle des die Unterschrift leistenden *Vertragsarztes* bereits vorher festgestellt hat.
9. Bei der Ausfüllung der Zeile „**Diagnose: ...**“ ist zu beachten, dass u. a. erkannt werden soll, ob eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) angezeigt ist oder nicht.
10. Der Arzt soll den für ihn bestimmten Durchschlag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1c) mindestens **12 Monate aufbewahren**.
11. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) sind zu beachten.

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 1a - 1c) auszustellen, und zwar auch dann, wenn der Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Tage der Krankenhausaufnahme übereinstimmt.

Muster 3: Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

1. Diese Bescheinigung darf nur auf Grund einer **ärztlichen Untersuchung der Schwangeren** ausgestellt werden.
2. Für die Ausstellung dieser Bescheinigung sind **zwei Daten** wichtig, und zwar das **Ausstellungsdatum** und das **Untersuchungsdatum**.

Die Zahlung des Mutterschaftsgeldes erfolgt vor der Entbindung nur auf Grund solcher Bescheinigungen, die **nicht früher als sieben Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung** ausgestellt sind.

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.

Die Ausstellung der Bescheinigung 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*

1. Die Verordnung einer Krankenförderung ist nur auszustellen, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen, ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzen kann, die Benutzung eines privaten Pkw nicht in Betracht kommt und die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist.
2. Die für die Krankenförderung anfallenden Kosten sind erheblich. Daher ist darauf zu achten, dass die Auswahl des Beförderungsmittels nach dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Ordnungsweise erfolgt und eine eindeutige Kennzeichnung auf dem Vordruck vorgenommen wird.
3. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen (Krankentransport-Richtlinien) in der Beschlussfassung vom 22.01.2004, in Kraft getreten zum 01.01.2004, sind zu beachten.
4. Bei seiner Entscheidung über die Notwendigkeit einer Verordnung hat sich der Arzt ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten aufgrund seiner persönlichen Feststellungen leiten zu lassen. Er hat mit Hilfe des Vordrucks in jedem Fall die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Beförderung, auf den konkreten, aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten bezogen, durch eine eindeutige Kennzeichnung der Gründe für die Krankenförderung und für die Wahl des Beförderungsmittels auf dem Vordruck durch Ausfüllen aller zutreffenden Leerzeilen bzw. Ankreuzen aller zutreffenden Kästen darzulegen.
5. **Die nachfolgenden Ausführungen erläutern den Verordnungsvordruck in der Reihenfolge der geforderten Angaben.**
- 5.1 **Angaben zum Versicherten / Mitteilungen von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden**

Die Angaben zum Versicherten sind vom Vertragsarzt gemäß Krankenversicherungskarte auszufüllen. Sofern der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis für den betreffenden Zeitraum vorlegt, ist das Feld „Gebühr frei“ zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall/-folgen, Schulunfall/-folgen oder einer anerkannten Berufskrankheit sind nicht die Krankenkassen, sondern die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig. Daher darf in diesen Fällen nicht die Krankenversicherungskarte bei der Bedruckung des Musters benutzt werden. Außerdem ist in diesen Fällen im Kostenträgerfeld nicht die Krankenkasse, sondern der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen und das Feld „Gebühr frei“ zu kennzeichnen.

Liegen dem Vertragsarzt Anhaltspunkte vor, dass die Verordnung aufgrund eines Unfalls, einer Berufskrankheit, eines Versorgungsleidens oder eines von Dritten verursachten Gesundheitsschadens (z.B. Impfschaden, Körperverletzung) notwendig wird, ist dies auf dem Verordnungsblatt durch Ankreuzen zu

* siehe Übergangsregelung

kennzeichnen; im Falle eines durch Dritten verursachten Gesundheitsschadens kann die Angabe durch eine Anmerkung über die Art oder den Verursacher ergänzt werden (vgl. § 294a SGB V). Diese Angaben sind erforderlich, damit die Krankenkasse ggf. Ersatzansprüche an den zuständigen Kostenträger stellen kann.

5.2 (1) Hauptleistung

Unter 1. Hauptleistung ist die Hauptleistung der Krankenkasse anzugeben, für die die Krankenbeförderung als Nebenleistung verordnet wird.

A) Im Krankenhaus

Ist die Verordnung einer Krankenbeförderung für eine Behandlung im Krankenhaus notwendig, ist die Art der Behandlung auf der Verordnung unter A) anzugeben. Dabei ist anzugeben, ob es sich um eine Einweisung (voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung) oder um eine vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlung handelt, in letzterem Fall sind die entsprechenden Behandlungsdaten zusätzlich anzugeben.

B) ambulante Operation

Bei ambulanten Operationen nach (115 b SGB V) im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis, der Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanten Operationen ist zudem das Operationsdatum (im Falle mehrerer Behandlungstermine die Behandlungsdaten) unter B) anzugeben.

C) Ambulante Behandlung

Fahrten zur ambulanten Behandlung können nur in besonderen Ausnahmefällen verordnet werden. Der Versicherte muss die Kostenübernahme von der Krankenkasse genehmigen lassen.

Zur Prüfung der Genehmigungsfähigkeit von Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung ist die Art des Ausnahmefalles im Sinne des § 8 der Richtlinie unter C) anzugeben:

(a) Hochfrequente Behandlung (Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien)

Liegt eine Indikation gemäß Anlage 2 der Richtlinie (Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie) vor, so ist das entsprechende Feld anzukreuzen, die Behandlungsfrequenz und -dauer sowie der Zeitraum der Serienfahrt anzugeben. Es gilt die jeweils aktuelle Version der Anlage 2.

Liegt eine vergleichbare Therapie (Kriterien: vorgegebenes Therapieschema, hohe Behandlungsfrequenz über längeren Zeitraum; schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung durch die Behandlung oder den Krankheitsverlauf, die eine Beförderung unerlässlich macht) vor, so ist dieser Ausnahmefall im Freitextfeld entsprechend zu begründen. In diesem Fall ist neben der Angabe der voraussichtlichen Behandlungsfrequenz und -dauer ebenfalls die Angabe des Zeitraums der Serienverordnung erforderlich.

(b) Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Bedarf der Versicherte aufgrund einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung (Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3) einer Krankenfahrt, ist das entsprechende Feld anzukreuzen.

In vergleichbaren Fällen der dauerhaften Mobilitätseinschränkung, die den vorgenannten Merkzeichen entsprechen, kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf. In diesem Fall ist die voraussichtliche Behandlungsdauer und -frequenz anzugeben und die Vergleichbarkeit der Mobilitätseinschränkung, ggf. unter Angabe der maßgeblichen ICD-10-Schlüsselnummer, zu begründen.

5.3 (2) Beförderungsmittel

- **Wahl des Beförderungsmittels**

Für die Auswahl des Beförderungsmittels ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit des Einzelfalls maßgeblich, wobei insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand sowie die Gehfähigkeit des Versicherten zu berücksichtigen ist. Das notwendige Beförderungsmittel ist **anzukreuzen**.

Die Verordnung einer **Krankenfahrt** mit **Taxi** oder **Mietwagen** ist nur zulässig, wenn der Patient die Ausnahmetatbestände für die Beförderung zu einer ambulanten Behandlung (vgl. 6. C) erfüllt oder als Hauptleistung eine stationäre Behandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und die Benutzung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Die Verordnung eines **Krankentransports** (Krankentransportwagen) ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besondere Einrichtung eines Krankenwagens zwingend erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwändiges Beförderungsmittel nicht möglich ist.

Die Verordnung eines **Rettungswagens** oder – falls erforderlich – eines **Notarztwagens** ist nur bei Vorliegen eines Notfalles zulässig. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Verletzte oder Erkrankte in Lebensgefahr befindet oder bei ihm schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Hilfe erhält.

Sofern dieser Vordruck zur **Verordnung anderer Beförderungsmittel** (z. B. Rettungshubschrauber) oder bei Berg-, Wasser- oder Hochseerettung verwendet wird, sind die erforderlichen Angaben auf der entsprechende Schreibzeile für „andere“ Beförderungsmittel einzutragen.

Die **Wahl des Beförderungsmittels** ist in der Schreibzeile **schriftlich zu begründen**; ggf. kann zusätzlich die maßgebliche ICD-10-Schlüsselnummer angegeben werden.

- Ist eine besondere **medizinisch-technische Ausstattung**, wie z.B. eine rollstuhlgerechte Vorrichtung oder Krankentrage, bzw. eine besondere **medizinisch-fachlichen Betreuung** während des Transportes notwendig, ist diese entsprechend anzugeben.
- Der **Ausgangs- und Zielort** der Fahrt ist durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen festzulegen.

Der Vertragsarzt hat im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall das Erfordernis einer Hin- bzw. Rückfahrt aus medizinischen Gesichtspunkten zu prüfen und durch Ankreuzen gesondert anzugeben. Bei Bedarf soll der Vertragsarzt die angefallene Wartezeit bestätigen.

Bei der Angabe der Fahrtstrecke ist zu beachten, dass für Patienten, denen Krankenfahrten, die im Zusammenhang mit einer hochfrequenten Behandlung (**Dialyse, onkologische Chemo-/Strahlentherapie bzw. vergleichbarer Ausnahmefall**) verordnet werden, Fahrten nur zu dieser ambulanten Therapie inklusive Vor- und Nachuntersuchung verordnet werden können. Die Verordnung von Krankenfahrten zu anderen ambulanten Therapien kommt nur bei Vorliegen einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung in Betracht.

- Bei einer Gemeinschaftsfahrt ist für jeden Patienten eine gesonderte Verordnung unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer auszustellen.
6. Die auf der Rückseite des Verordnungsvordruckes vorgesehenen Angaben sind nicht durch den Vertragsarzt, sondern durch die leistungspflichtige Kasse bzw. den Leistungserbringer 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 im betreffenden Feld zu kennzeichnen. In diesem Fall ist im betreffendem Feld das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse einzutragen, jedoch keine Diagnose im Diagnosenfeld.

Sofern diagnostische Leistungen des Kapitels 35.1 des EBM erbracht werden und sich danach keine Psychotherapie anschließt, sollte im Diagnosefeld zumindest eine Verdachtsdiagnose angegeben werden.

6. Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.
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 Datumsan-

gabe sind die Leistungen eines Arzt-Patienten-Kontaktes als Gebührennummer (GNR) gemäß EBM bzw. als Symbolnummer (SNR) 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 GNR bzw. SNR in Klammern zu setzen. Bei der Abrechnung ambulanter oder belegärztlicher Operationen des Abschnitts 31.2 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 GNR 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 GNR 01430, 01435 und 01820 EBM und/oder telefonische Beratungen nach den GNR 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 be-

freit werden, wenn im jeweiligen Quartal das nicht veränderbare Einlesedatum der Krankenversichertenkarte 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 oder eine ambulante Behandlung im Krankenhaus 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 Krankenversichertenkarte oder ein gültiger Anspruchsnachweis 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 (Vordruck 5) ausstellen.

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, dass dem Arzt, der auf Überweisung in Anspruch genommen wird, neben der Krankenversichertenkarte auch der vom überweisenden Vertragsarzt ausgestellte 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 **Behandlung gemäß § 116b SGB V** (soweit bekannt) oder zur Hinzuziehung eines Arztes bei **belegärztlicher Behandlung** 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 Krankenversichertenkarte vorweisen kann. Ist das Datum bis zu dem die KVK gültig war überschritten und liegt kein persönlicher Arzt-Patientenkontakt vor, so ist im Folgequartal eine erneute Überweisung auf Basis einer gültigen KVK auszustellen.

3. Bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 ist das **Datum der OP** in Form „TTMMJJ“ anzugeben.
4. Das Geschlecht des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.

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 vertrags-ärztlichen 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. 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.
11. 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, auszufüllen:

12. Der eine Auftragsleistung ausführende Arzt ist berechtigt, Teile dieses Auftrages, die er selbst nicht erbringen kann, durch „**Weiterüberweisung**“ von einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen zu lassen. 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.
13. 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 Krankenversichertenkarte des Patienten ein und füllt Diagnosen-/Indikationsfeld aus. Zusätzlich kann er noch weitergehende Information für den Konsiliararzt eintragen. Die Gruppe der zur Abfassung eines Konsiliarberichtes berechtigten Vertragsärzte ist in den Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 23.10.1998 (Abschnitt F I.2.) 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 Jugendliche (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: Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten

1. Für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten benötigen die Krankenkassen eine Bescheinigung in der Form des Musters 9.
2. Eine nach Muster 9 zu bescheinigende Frühgeburt liegt nur dann vor, wenn eines der drei dort genannten Kriterien gegeben ist.

Muster 10: Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Für die Überweisung zur Durchführung von Leistungen des Kapitels 32 und von entsprechenden Leistungen der Abschnitte 1.7.4 und 1.7.5 des EBM 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 ist Vordruck 10, nicht Vordruck 6 zu benutzen.

Ein Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung darf nur ausgestellt werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt im betreffenden Quartal eine gültige Krankenversichertenkarte 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 Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung gliedert sich in zwei Teile. Der obere, nicht fett umrandete Teil des Vordrucks ist vom überweisenden Arzt, der fett umrandete untere Teil sowie das Feld „Auftragsnummer des Labors“ vom Arzt, der im Auftrag tätig wird, auszufüllen.

Vom überweisenden Vertragsarzt auszufüllen und vom Arzt, der im Auftrag tätig wird, zu beachten:

1. Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen der **kurativen Versorgung**, der **Prävention** oder **bei belegärztlicher Behandlung** erfolgt.
2. Das **Quartal** der Ausstellung der Überweisung ist in der Form „Q JJ“ in das betreffende Feld einzutragen.

Beginnt der im Auftrag tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungs-/Abrechnungsschein verwendet werden, sofern das Datum, bis zu dem die Krankenversichertenkarte gültig ist, nicht überschritten ist.

3. Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.
4. Der überweisende Vertragsarzt teilt dem im Auftrag 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.
5. Gemäß § 9 Abs. 1 IfSG (Infektionsschutzgesetz) hat der einsendende Arzt bei einer Untersuchung auf Hepatitis dem Labor mitzuteilen, ob ihm eine chroni-

sche Hepatitis bei dem Patienten bekannt ist. Wenn diese Voraussetzung vorliegt, ist das Feld „**Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion**“ anzukreuzen. Im Freitextfeld ist zudem der Sachverhalt zu erläutern.

6. Wenn die Voraussetzungen für eine Ausnahmeindikation vorliegen, gibt der überweisende Vertragsarzt die zutreffende Kennziffer (Nrn. 32005 – 32023) im entsprechenden Feld an.
7. Der überweisende Vertragsarzt hat die Auftragsleistungen im **Auftragsfeld** nach Art und Umfang konkret zu bezeichnen (Angabe der Gebührennummer 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, der den Auftrag erteilt hat; sie ist auf dem Vordruck zu vermerken.

Außerdem sollen auch dem im Auftrag tätig werdenden Arzt die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose und wichtige Befunde/Medikationen mitgeteilt werden.

Vom Arzt, der im Auftrag tätig wird, auszufüllen:

8. Das umrandete Feld „**Auftragsnummer des Labors**“ kann fakultativ von dem im Auftrag tätig gewordenen Arzt für eigene Zwecke genutzt werden.
9. Der eine Auftragsleistung ausführende Arzt ist berechtigt, Teile dieses Auftrages, die er selbst nicht erbringen kann, durch „**Weiterüberweisung**“ von einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen zu lassen. In diesem Fall hat er ebenfalls einen Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung auszustellen und die betreffenden Angaben zu machen, insbesondere die Kennziffern des Erstveranlassers zu übernehmen und dessen Arzt- und Betriebsstätten-Nr. im betreffenden, fett umrandeten Feld anzugeben.
10. Zur Angabe der Leistungen der erbrachten Laboratoriumsuntersuchungen dient das **Leistungsfeld**. Die Eintragungen sind in der vorgegebenen Weise vorzunehmen. Hinter der Datumsangabe sind die Leistungen als Gebührennummern (GNR) gemäß EBM einzutragen. Erstrecken sich die Angaben über mehr als eine Zeile, ist in den Folgezeilen die Datumsangabe nicht zu wiederholen.

Eine Leistung ist zu begründen, falls dies der EBM oder die zuständige KV vorgibt. Die Begründung ist hinter die betreffende GNR bzw. SNR in Klammern 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. Erstreckt sich die Leis-

tungserbringung eines Auftrages in das Folgequartal, wird der gesamte Auftrag im Folgequartal abgerechnet.

Reicht das Leistungsfeld zur Notation der erbrachten Leistungen nicht aus, sind die Abrechnungsempfehlungen der zuständigen KV zu beachten.

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 Krankenversichertenkarte 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.

Vom anfordernden Vertragsarzt auszufüllen und von der Laborgemeinschaft, die im Auftrag tätig wird, zu beachten:

1. Der anfordernde Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen der **kurativen Versorgung**, der **Prävention** oder **bei belegärztlicher Behandlung** erfolgt.
2. 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. Wenn der anfordernde Vertragsarzt einen Laserdrucker verwendet, so kann ein zweidimensionaler Barcode 417 aufgedruckt werden, der **sämtliche** Informationen des Formulars enthält und in der Laborgemeinschaft automatisch ausgewertet werden kann.
4. Wenn die Voraussetzungen für eine Ausnahmeindikation vorliegen, gibt der anfordernde Vertragsarzt die zutreffende Kennziffer (Nrn. 32005 - 32023) im entsprechenden Feld an.
5. Das **Geschlecht** des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.
6. Das Abnahmedatum ist in der Form TTMMJJ in das entsprechende Feld einzutragen.
7. Die Abnahmezeit ist in der Form hhmm in das entsprechende Feld einzutragen.

8. Im Diagnosefeld sind der im Auftrag tätig werdenden Laborgemeinschaft die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose und wichtige Befunde/Medikationen mitzuteilen.
9. Der anfordernde Vertragsarzt hat die Auftragsleistungen manuell durch Striche im **Auftragsfeld** zu vermerken.
10. Im Auftragsfeld sind unter Sonstiges die nicht im Auftragsfeld enthaltenen Leistungen des Allgemeinlabors beziehbar.
11. Die die Auftragsleistung ausführende Laborgemeinschaft darf nur die Untersuchungen durchführen, die im Auftragsfeld angegeben sind.

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

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung der häuslichen Krankenpflege einschließlich des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen (Anlage der Richtlinien) sind bei der Verwendung des Vordruckmusters 12 zu beachten.

Insbesondere wird auf folgende Punkte hingewiesen:

1. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn der Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist.

In der Verordnung ist anzugeben, ob häusliche Krankenpflege zur Vermeidung der

- **Krankenhausbehandlung** (Krankenhausvermeidungspflege) **oder**
- zur **Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung** (Sicherungspflege) erfolgt.

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur im Zusammenhang mit der Behandlungspflege verordnet werden; dies setzt bei der Sicherungspflege ferner voraus, dass die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsieht und der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.

2. Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich der Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken und der **Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich** überzeugt hat oder dass ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.
3. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege hat zu unterbleiben, wenn dem Vertragsarzt bekannt ist, dass der Versicherte oder eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann. Ist dies nur für Teilbereiche möglich, so hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben.

Kann der Vertragsarzt nicht eindeutig beurteilen, ob eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche erbringen kann, so hat er das entsprechende Kästchen rechts neben dem Personalienfeld anzukreuzen.

4. Insbesondere bei der **Erstversorgung** soll ein **Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten** werden. Ist eine längere Verordnungsdauer erforderlich, ist sie vom Vertragsarzt zu begründen (Kästchen unterhalb des Personalienfeldes) und kann eine **Folgeverordnung** ausgestellt werden. Folgeverordnungen sind innerhalb **der letzten 3 Werktage vor Ablauf** des verordneten Zeitraums auszustellen.

Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich **nicht zulässig**; **Ausnahmefälle** sind **besonders zu begründen**.

Der Anspruch des Versicherten auf **Krankenhausvermeidungspflege ist auf 4 Wochen begrenzt**. Eine Verordnung über diesen Zeitraum ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig und kann von der Krankenkasse nur nach entsprechender Feststellung durch den Medizinischen Dienst genehmigt werden.

5. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere
 - die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege,
 - die zu erbringenden Leistungen sowie
 - deren Beginn, Häufigkeit und Dauer

anzugeben.

Es sind nur Maßnahmen verordnungsfähig, die in dem in der Anlage der Richtlinie angeführten **Leistungsverzeichnis** aufgeführt sind. Dabei sind die in dem Verzeichnis enthaltenen Hinweise (Bemerkungsspalte) zur Verordnungsfähigkeit zu beachten und ggf. **Besonderheiten** (z. B. Beeinträchtigung der Sehfähigkeit) in der Verordnung anzugeben. Soweit darüber hinaus derzeit spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten vertraglich vereinbart sind, sind diese spezifischen Leistungen ebenfalls verordnungsfähig.

In dem Verzeichnis sind zu einigen behandlungspflegerischen Leistungen Aussagen zur **Dauer** der Verordnung und zur **Häufigkeit** der Verrichtungen angegeben; weicht der Vertragsarzt von diesen Empfehlungen ab, hat er dies in der Verordnung zu begründen.

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

6. Die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite Muster 12a) bedürfen der **Genehmigung** durch die **Krankenkasse** (Rückseite Muster 12b, c). Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am **dritten** der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V.

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren.

Muster 13: Heilmittelverordnung

A. Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie

1. Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben. Verordnungsfähig sind ausschließlich jene Maßnahmen, die in den Heilmittelrichtlinien genannt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Physikalischen Therapie eindeutig zu bezeichnen.

Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung eine Anwendung von Physikalischer Therapie notwendig machen.

2. Vor der Erstverordnung einer Maßnahme der Physikalischen Therapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.

Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die ggf. notwendige Einleitung anderer ärztlicher oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Maßnahme der Physikalischen Therapie.

3. Maßnahmen der Physikalischen Therapie dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Physikalischen Therapie nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Maßnahmen der Physikalischen Therapie nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.

Maßnahmen der Physikalischen Therapie dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

4. Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. 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 (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.

5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Soweit entsprechend der medizinischen Indikation nach Maßgabe des Heilmittel-Kataloges (LY1 - LY3) die Manuelle Lymphdrainage als Heilmittel zu verordnen ist, hat in dem Verordnungsfeld „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 hier auch die Angabe des Heilmittels zusammen mit der Minutenzahl in Kurzform entsprechend dem Heilmittel-Katalog möglich (MLD-30, MLD-45 oder MLD-60). Bei einer im Einzelfall erforderlichen Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband) im Zusammenhang mit der Manuellen Lymphdrainage – sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind – ist diese zusätzlich in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 mit Kompressionsbandagierung“). Ggf. erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen.
7. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
8. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Gesamtverordnungsmengen je Diagnosengruppe nicht überschritten werden. Dabei sind gegenseitige Anrechnungen einzelner Diagnosengruppen zu beachten. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.
9. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von zwölf Wochen abgelaufen ist.
Heilmittel im Regelfall in der Physikalischen Therapie können verordnet werden als
 - vorrangiges Heilmittel,
 - optionales Heilmittel,
 - ergänzendes Heilmittel und
 - standardisierte Heilmittelkombination.
10. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
 - Lässt sich mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit

prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

- Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
11. Die gleichzeitige Verordnung mehrerer Maßnahmen der Physikalischen Therapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.
 12. Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Maßnahmen der Physikalischen Therapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
 - Vorrangig soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann alternativ ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.
 - Soweit medizinisch erforderlich kann zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) nur ein weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden. Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation sowie die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
 - „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ (D) dürfen nur verordnet werden, wenn der Patient bei komplexen Schädigungsbildern einer intensiveren Heilmittelbehandlung bedarf und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist, wenn die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist.
 - Die gleichzeitige Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination“ (D) der Physikalischen Therapie mit einem weiteren Einzelheilmittel der Physikalischen Therapie ist nicht zulässig.
 - Die gleichzeitige Verordnung eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) bei derselben Schädigung ist nicht zulässig.
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln der Physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation zulässig.
 13. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes Gruppentherapie zu verordnen.

14. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich aus der Bezeichnung der Diagnosengruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik im Katalog zusammen (z. B. ZN2a).
Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.
Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

B. Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

1. Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.
Verordnungsfähig sind ausschließlich jene Maßnahmen, die in den Heilmittel-Richtlinien genannt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Podologischen Therapie eindeutig zu bezeichnen.

Die Maßnahmen der Podologischen Therapie dürfen nur verordnet werden, wenn krankhafte Schädigungen der Füße in Folge Diabetes mellitus vorliegen. Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung eine Anwendung von Podologischer Therapie notwendig machen.

2. Vor der Erstverordnung einer Podologischen Therapie ist eine Eingangsdagnostik notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig die im Kapitel III B Nr. 17.B.2 der Heilmittel-Richtlinien aufgelisteten Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.
3. Jede Folgeverordnung der Podologischen Therapie setzt die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Fußbefundes voraus. Das Befundergebnis ist auf dem Verordnungsvordruck anzugeben.
4. Die Verordnung von Podologischer Therapie beim diabetischen Fußsyndrom ist nur zulässig bei vorliegender Neuro- und/oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0, d.h. ohne Hautulkus). Die Behandlung von Hautdefekten und Entzündungen (Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5) sowie von eingewachsenen Zehennägeln ist ärztliche Leistung.

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

5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätest. am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von achtundzwanzig Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
7. Podologische Komplexbehandlungen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) können verordnet werden, sofern die gleichzeitige Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung medizinisch erforderlich sind.
8. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser ist dem Katalog zu entnehmen (DFa oder DFb).
Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierrelevante ICD-10-GM-Code² anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.

Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

² ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung.

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

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz und Therapiedauer. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.
Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Anwendung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie notwendig machen.
2. **Vor der Erstverordnung** einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie ist eine **Eingangsdagnostik** notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig die im Kapitel IV Nr. 19 der Heilmittel-Richtlinien aufgelisteten Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.
Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die notwendige Einleitung operativer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen oder für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie.
3. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie **dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachstörung geboten sind. Sind sprachheilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben sprachheilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen** darf die Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie dürfen **nicht** verordnet werden, soweit diese im Rahmen **der Frühförderung** nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.
4. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Erkrankung (desselben Regelfalls)** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.
5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Das Feld „Therapiedauer pro Sitzung: ____ Minuten“ ist nach Maßgabe des Heilmittel-Kataloges in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkre-

tes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des versicherten Patienten mit den jeweils erforderlichen Minutenangaben (30, 45 oder 60 Minuten) auszufüllen.

7. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
8. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im **Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Gesamtverordnungsmengen je Diagnosengruppe nicht überschritten wird. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.
9. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von **zwölf Wochen** abgelaufen ist.
10. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
 - Lässt sich mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere **Verordnungen** möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen **Begründung** mit prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
 - Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
11. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.
12. Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Physikalischen Therapie und der Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig**.
13. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser ist der Diagnosengruppe im Katalog zu entnehmen (z. B. ST2).

Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierrelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.

Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

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

1. Der Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter verwenden, die diejenige Betriebsstätten-Nr. in der Codierleiste enthalten, an deren zugehöriger Betriebsstätte er die jeweilige Leistung erbracht hat. Wurde im Krankenversicherten-Kartenfeld die Arzt-Nr. bereits eingedruckt, ist eine aushilfsweise Weitergabe des gekennzeichneten Vordrucks an einen anderen Vertragsarzt nicht statthaft.
2. 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.

3. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 16. Dezember 1981 nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt verordnet werden.
4. Werden für freiwillig Versicherte, die die Kostenerstattung durch eine gesetzliche Krankenkasse in Anspruch nehmen wollen, Mittel verordnet, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind, ist das Muster 16 zu verwenden, die Angabe des Namens der Krankenkasse und das Krankenkassen-IK zu streichen und stattdessen das Wort „Kostenerstattung“ einzutragen.
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, ist ein Privatrezept zu verwenden (z.B. für empfängnisverhütende Mittel für Versicherte, die das 20. Lebensjahr vollendet haben).
5. Grundsätzlich ist von der Gebührenpflichtigkeit der Verordnung auszugehen und das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen.

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.
6. 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.

7. Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 EUR) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.
8. 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 Krankenversichertenkarte so ist unbedingt die Krankenkassennummer zu streichen.
9. Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) ist, wie bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz das Feld 6 (BVG) zu kennzeichnen.
10. Will der Vertragsarzt zu einer Verordnung ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, hat er den Ausschluss durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes auf dem Verordnungsblatt kenntlich zu machen.
Hinweis: Andernfalls kann eine Substitution erfolgen nach den Bestimmungen des zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. getroffenen Rahmenvertrages nach § 129 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
11. Bei der Verordnung von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden. Pro Rezeptur ist ein Verordnungsblatt zu verwenden. Rezepturen zur parenteralen Anwendung können dabei für den Bedarf bis zu einer Woche verordnet werden, soweit die einzeln anzuwendenden Zubereitungen nach Art und Menge identisch sind (z.B. Infusionsbeutel). Aus Fertigarzneimitteln entnommene, patientenindividuelle Teilmengen (insbesondere Wochenblister) können im Rahmen einer Dauermedikation für den Bedarf bis zu vier Wochen verordnet werden.
12. 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.
 - Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
 - Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.
 - Bei der Verordnung von Hilfsmitteln des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 und das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen.
 - Bei der Verordnung von Impfstoffen des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 und das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.

13. Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
14. 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.
15. 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.
16. Es ist darauf zu achten, dass der Vertragsarztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird und eine Überstempelung weder in das darüber liegende noch in das darunter liegende Feld erfolgt, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist.
17. Das Feld „Begründungspflicht“ ist zurzeit nicht besetzt und wird vorerst zur Kennzeichnung von zahnärztlichen Verordnungen verwendet.

Muster 17: Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Krankengeld*

Die Gestaltung des Vordruckes zur Erlangung von Krankengeld bleibt den Krankenkassen überlassen. Die nachstehenden Erläuterungen beziehen sich auf die vom Arzt darin zu beantwortenden Fragen.

1. Die ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Krankengeld ist dann vom *Vertragsarzt* auszustellen, wenn der Arbeitsunfähige an dem Tage, an dem die Bescheinigung gefordert wird, in seiner Behandlung gestanden hat. Befand sich der Arbeitsunfähige an diesem Tage in stationärer Behandlung bei einem anderen Arzt, so obliegt diesem die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung.
2. Die Frage „**Noch behandlungsbedürftig ja/nein**“ bezieht sich auf die Behandlungsbedürftigkeit nach der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit.
3. Die Frage nach dem Krankenhausaufenthalt bezieht sich nur auf einen Aufenthalt, der in den Zeitraum der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit fällt und ist vom *Vertragsarzt* nur zu beantworten, wenn ihm die Daten bekannt sind.

* Gilt nur für Primärkassen mit Ausnahme der Bundesknappschaft

Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie **eindeutig** zu bezeichnen. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie ergibt sich **nicht** aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Anwendung von Ergotherapie notwendig machen.

2. **Vor der Erstverordnung** einer Maßnahme der Ergotherapie ist eine **Eingangsdagnostik** notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.

Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die ggf. notwendige Einleitung anderer ärztlicher oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Maßnahme der Ergotherapie.

3. Maßnahmen der Ergotherapie **dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Schädigung / Fähigkeitsstörung geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Ergotherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen** dürfen Maßnahmen der Ergotherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.

Maßnahmen der Ergotherapie dürfen **nicht** verordnet werden, soweit diese im Rahmen **der Frühförderung** nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

4. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Erkrankung (desselben Regelfalls)** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Ergotherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.
5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den

Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

7. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie **im Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegte Gesamtverordnungsmenge je Diagnosengruppe nicht überschritten wird. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.
8. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreier Intervall **von 12 Wochen** abgelaufen ist.
Heilmittel im Regelfall in der Ergotherapie können verordnet werden als
 - vorrangiges Heilmittel
 - optionales Heilmittel
 - ergänzendes Heilmittel.
9. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
 - Lässt sich in **Ausnahmefällen** mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere **Verordnungen** möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen der besonderen **Begründung** mit prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
 - Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
10. Die **gleichzeitige Verordnung** mehrerer Maßnahmen der Ergotherapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.
11. Bei gegebener Indikation richtet sich die **Auswahl** der zu verordnenden Maßnahmen der Ergotherapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
 - **Vorrangig** soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann **alternativ** ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.

- **Soweit medizinisch erforderlich kann** zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) **nur ein** weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „**ergänzendes Heilmittel**“ (C) verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
 - Die **gleichzeitige Verordnung** eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) **bei derselben Schädigung ist nicht zulässig.**
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Ergotherapie, der Physikalischen Therapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig.**
12. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte bzw. im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.
13. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser ist der Diagnosegruppe im Katalog zu entnehmen (z. B. ST2).
Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.

Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

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

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.

Muster 20: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

1. 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. **Während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit besteht Arbeitsunfähigkeit fort.**
2. Die stufenweise Wiedereingliederung soll in vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Versichertem, behandelndem Arzt, Arbeitnehmervertretung, **Arbeitgeber**, Betriebsarzt, Krankenkasse und ggf. dem Medizinischen Dienst erfolgen.
3. **Voraussetzung** für eine stufenweise Wiedereingliederung ist das **Einverständnis des Versicherten**. Er soll - bevor der Arzt das Muster 20 ausstellt - vorab mit dem Arbeitgeber abklären, ob eine stufenweise Wiedereingliederung in Betracht kommt. Wenn diese Voraussetzung gegeben ist, soll der Arzt den Wiedereingliederungsplan erstellen und darin ggf. die Belastungseinschränkung definieren (z. B. „Tätigkeit nur im Sitzen“, „Darf nicht heben“). Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.
4. Die Grundsätze der stufenweisen Wiedereingliederung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung sind zu beachten.
5. Das Muster 20a legt der Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber vor und leitet danach das Muster 20b an die Krankenkasse weiter. Ist der Arbeitgeber mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan nicht einverstanden oder kann dem Arbeitnehmer aufgrund der Belastungseinschränkungen ein entsprechender Arbeitsplatz nicht angeboten werden, kann die Wiedereingliederung nicht durchgeführt werden.

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 anamnestische 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 Krankenversichertenkarte 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 Vertragskasse 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

1. Die Verordnung von Soziotherapie dürfen Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.
2. Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung gem. Nr. 9. der Soziotherapie-Richtlinien mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nr. 10. der Soziotherapie-Richtlinien aufgeführten Bereichen und einem Schweregrad gemäß Nr. 11. der Soziotherapie-Richtlinien.
3. Diese Angaben sind auf dem Vordruck-Muster vom verordnenden Arzt zu machen. Weiterhin soll sich der verordnende Arzt zur Prognose und zur Frage, ob durch die Verordnung Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder, ob diese nicht ausführbar ist, äußern.
4. Die Verordnung ist zusammen mit dem soziotherapeutischen Behandlungsplan gemäß Muster 27 der Krankenkasse des Patienten zur vorherigen Genehmigung der Soziotherapie zu übermitteln.
5. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am 3. – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Muster 27: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V

1. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgesprächs zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischen Leistungserbringer und Patient. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Soziotherapie zu beenden.
2. Das Vordruck-Muster muss folgende Angaben enthalten:
 - Therapieziele,
 - verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist,
 - Angaben zur Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen mit Art der Maßnahmen, Frequenz pro Woche/Monat und Zeitraum der Maßnahmen.
3. Der soziotherapeutische Behandlungsplan soll vom verordnenden Arzt, dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten unterschrieben werden.
4. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist zusammen mit der Verordnung gemäß Muster 26 der Krankenkasse für die Genehmigung der soziotherapeutischen Leistungen vorzulegen.
5. Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Behandlungsplan gemäß den Inhalten der Nummer 19.1 der Soziotherapie-Richtlinien zu übermitteln.

Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie

1. Andere Vertragsärzte als die gemäß den Soziotherapie-Richtlinien zur Verordnung der Soziotherapie befugten können den Patienten zu einem entsprechend qualifizierten Arzt überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine Indikation für Soziotherapie vorliegt.
2. Kommt der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der Arzt einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt auf dem Vordruck-Muster 28. Dabei sind vom Arzt Angaben zur Diagnose, zu der Dauer der bestehenden Erkrankung und, ob Krankenhausbehandlung voraussichtlich durch die Maßnahme vermieden oder verkürzt wird oder nicht ausführbar ist, erforderlich.
3. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 3 Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Nummer 15. der Soziotherapie-Richtlinien kommt.
4. Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einem zur Verordnung von Soziotherapie berechtigten Arzt wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch einen entsprechend qualifizierten Arzt, sind die vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem Vordruck-Muster 28.
5. Verordnungen gemäß Vordruck-Muster 28 bedürfen nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten.

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).
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 38 unbesetzt

Muster 39: Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen 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 nach Muster 6 und erspart dem überweisenden Arzt infolge des Durchschreibeverfahrens die zweimalige Beschriftung des Personalienfeldes.

Dem Zytologen wird durch Vorgabe der in Frage kommenden Abrechnungsnummern des BMÄ/der E-GO 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 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen 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: Arztanfrage*

Die Ersatzkassen benötigen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben in Einzelfällen vom Arzt die auf dem Vordruck „Arztanfrage“ (Muster 41) vorgesehenen Angaben.

Der Vordruck ermöglicht es einerseits der Ersatzkasse, die notwendigen Auskünfte ohne aufwendigen Schriftwechsel zu erhalten, und soll es andererseits dem Arzt erleichtern, die benötigten Angaben in vereinfachter Form zu machen. Für die Rücksendung stellt die Ersatzkasse einen Freiumschlag zur Verfügung.

* Gilt nur für Ersatzkassen

Muster 42 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: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

1. 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 den vereinbarten Vordrucken mit.

In begründeten Ausnahmefällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.

2. Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist entsprechend der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien die aktuell ausgeübte Tätigkeit des Versicherten.
3. Ist der Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit absehbar, ist das genaue Datum oder der ungefähre Beginn der Arbeitsaufnahme einzutragen.
4. Aus den Angaben zu den vorgesehenen diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen kann ggf. abgeleitet werden, ob und wann eine Begutachtung durch den MDK sinnvoll ist.
5. Angaben zum Mitbehandler sind nur zu machen, wenn sich dieser Tatbestand nicht bereits aus den beigefügten Befunden bzw. Berichten für den MDK ergibt.
6. Um frühzeitig Maßnahmen einleiten zu können, die der Gesundheit und der Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben dienen, sind entsprechende Informationen für die Krankenkasse sehr wichtig.

Hält der Arzt eine **stufenweise Wiedereingliederung** in die bisherige Tätigkeit für sinnvoll, ist vor der Ausfüllung des Wiedereingliederungsplanes nach Vordruck-Muster 20 das Einverständnis des Versicherten und der Arbeitgebers einzuholen.

7. Die Aufzählung der Probleme, die einer Überwindung der Arbeitsunfähigkeit entgegenstehen, ist beispielhaft. Die Hinweise dienen dem MDK bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.
8. Ist die Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit nicht absehbar, haben die Krankenkassen nach § 51 SGB V zu prüfen, ob die **Erwerbsfähigkeit** nach ärztlichem Gutachten erheblich **gefährdet oder gemindert** ist. Wird dies vom Arzt bejaht, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der er einen Antrag auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilnahme am Arbeitsleben zu stellen hat. Stellt der Rentenversicherungsträger anhand des Antrages des Versicherten fest, dass Reha-Maßnahmen nicht mehr angezeigt sind und stattdessen eine Erwerbsminderungsrente infrage kommt, gilt der Tag der Reha-Beantragung als Tag der Rentenanspruchsstellung. Stellt der Versicherte innerhalb der Frist von zehn Wochen den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist.

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 diejenigen, die für sich allein betrachtet eine Arbeitsunfähigkeit ausgelöst hätten.

Muster 54 unbesetzt

Muster 55: Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

1. Die Bescheinigung wird von der Krankenkasse benötigt, wenn ein Versicherter eine Herabstufung der Belastungsgrenze bei Zuzahlungen von 2% auf 1% beantragt.
2. Die formale Gestaltung der Vorderseite des Musters 55 bleibt der Krankenkasse überlassen.
3. Der Vordruck wird von der Krankenkasse vorgehalten und auf Anfrage an den / die Versicherte(n) ausgegeben.
4. Der behandelnde Arzt bescheinigt das Vorliegen des Kriteriums B1 und ggf. des Kriteriums B2.
5. Der behandelnde Arzt gibt auf dem Vordruck unter B 1 die entsprechenden Auskünfte über den Beginn der Behandlung, die Diagnose(n) und das voraussichtliche Ende der Dauerbehandlung.
6. Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.
7. Unter B 2 bescheinigt der behandelnde Arzt die kontinuierliche medizinische Versorgung der unter B 1 genannten Erkrankung. Dabei ist auf schwerwiegende Fälle (ohne Behandlung lebensbedrohliche Verschlimmerungen oder Verminderungen der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigungen der Lebensqualität) abzustellen.
8. Bestätigung des behandelnden Arztes nach Buchstabe B 2 des Entwurfes ist nur dann erforderlich, wenn der Versicherte n i c h t Pflegeleistungen nach Stufe II oder III bezieht oder einen GdB bzw. GdS (MdE)¹ von mindestens 60% hat.
9. Die Angabe der Diagnose(n) hat nach der ICD-10 zu erfolgen. Bei mehreren berücksichtigungsfähigen Diagnosen soll die Hauptdiagnose zuerst angegeben werden.
10. Mit dem Ausstellen der ärztlichen Bescheinigung zum Nachweis der Dauerbehandlung auf Muster 55 bescheinigt der Arzt, dass Arzt und Patient sich über

¹ Mit dem am 21.12.2007 in Kraft getretenen „Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts“ vom 13.12.2007 wurde der Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (um das Kausalitätserfordernis zwischen der Schädigung und dem zu entschädigenden Gesundheitsschaden deutlich zu machen) geändert. Statt MdE heißt er nun „Grad der Schädigungsfolgen“ (GdS). Die Chroniker-Richtlinie verweist zudem auf § 56 Abs. 2 SGB VII. Der Gesetzgeber hat dort bislang keine Änderung des Begriffs „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ vorgenommen.

- das weitere Vorgehen in Bezug auf die Therapie verständigt haben. Von einem therapiegerechten Verhalten ist dabei solange auszugehen ist, wie der Patient
11. nicht ausdrücklich erklärt, dass er sich entgegen dem mit dem Arzt abgesprochenen Behandlungsplan verhalten hat und dies auch weiterhin tun wird.

Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining

1. 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.

2. 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.

3. 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 selbständig 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 speziellen Er-

fahrungen 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.

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

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 gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Auch Maßnahmen, die einem

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.

krankheits- / behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung 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).
4. 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 Ischämiekriterien.

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.

Funktionstraining

Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen³ 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 selbstständig 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 gruppenspezifische 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

³ 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 59 unbesetzt

Muster 60: Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

1. Ab dem 01. April 2004 gelten die neuen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese Richtlinien regeln auch die Verfahren zur Einleitung und Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Mit dem in der Praxis des Vertragsarztes zukünftig vorliegenden Muster 60 kann jeder Vertragsarzt Leistungen zur Rehabilitation einleiten.
2. Sofern die kurative Versorgung bei einem Patienten nicht den gewünschten Erfolg hat und eine medizinische Rehabilitationsleistung aussichtsreich erscheint, um dieses Ziel zu erreichen, füllt er das Muster 60 aus und leitet dies an die zuständigen Krankenkasse des Versicherten weiter. Hierbei kann er explizit auch die Beratung der Krankenkasse zu Angeboten alternativ zur Rehabilitation erwünschen und den Rückruf der Krankenkasse erbitten.
3. Nach entsprechender Prüfung durch die Krankenkasse (u. a. Zuständigkeit) erhält der Vertragsarzt das Muster 60 urschriftlich mit den erforderlichen Informationen und Anregungen von der Krankenkasse zurück. Hierbei ergeben sich folgende Möglichkeiten:
 - a. Der Vertragsarzt erhält den Verordnungsvordruck Muster 61A-D zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - b. Er wird gebeten zu prüfen, ob auch ggf. andere Leistungen (z.B. bisher noch nicht erfolgte Psychotherapie) den medizinischen Erfordernissen des Versicherten gerecht werden.
 - c. Er erhält klare Aussagen der Krankenkasse, sofern eine Leistung zur Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht in Betracht kommt.

Muster 61: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

1. Der Vordruck wird von der Krankenkasse vorgehalten.
2. Ab dem 01. April 2004 gelten die neuen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ab diesem Zeitpunkt verordnet der Vertragsarzt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Muster 61, Teil A bis D (im Folgenden Vordruck genannt). Der Vordruck umfasst vier Seiten, die vollständig ausgefüllt werden müssen. Diesen Vordruck darf der Vertragsarzt nur dann verwenden, wenn nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.
Bis zum 31.03.2005 ist jeder Vertragsarzt berechtigt, diesen Vordruck auszufüllen („Übergangsregelung“), ab diesem Zeitpunkt benötigt er hierfür eine entsprechende Fortbildung gemäß § 11 Abs. 2 der Rehabilitations-Richtlinie.
3. Der Vordruck ist in zehn Abschnitte unterteilt, die mit den römischen Ziffern I bis X überschrieben sind.
4. Abschnitt I erfasst wesentliche Daten der Sozialanamnese, insbesondere Fragestellungen zur Lebenssituation, beruflichen Tätigkeit, krankheitsbedingten Einschränkungen dieser beruflichen Tätigkeit, Fragen zur Pflegebedürftigkeit sowie den vom Versorgungsamt beim Versicherten anerkannten Grad der Behinderung einschließlich der besonderen Merkzeichen (z.B. „G“ für Gehbehinderung).
5. Abschnitt II dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der rehabilitationsrelevanten Beschwerden des Versicherten.
6. Abschnitt III fragt nach den für die Gewährung einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation relevanten Diagnosen, aber auch nach weiteren Diagnosen, die ggf. die Maßnahme beeinflussen könnten. Die Diagnosen sind gemäß ICD 10 zu verschlüsseln. Letztlich soll der Vertragsarzt auch Angaben machen, ob und v.a. für welche Krankheiten aufgrund der Besonderheit ihrer Entstehung (z.B. Berufskrankheiten) eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht besteht.
7. Mit Abschnitt IV beginnt der eigentliche rehabilitationsspezifische Teil des Vordruckes, der systematisch die verschiedenen Ebenen der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit i.S. eines rehabilitationsmedizinischen Assessments abfragt, um eine Entscheidung hinsichtlich der Rehabilitationsbedürftigkeit fällen zu können.
 - A. Hier sollen die rehabilitationsrelevanten Schädigungen dargestellt werden, also die Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen. Vorhandene Befundbögen sollen beigelegt werden.
Beispiel: Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90, Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen).
 - B. Hier wird gezielt nach alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten an den unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten gefragt, wodurch kenntlich gemacht werden soll, in welchen Bereichen der Versicherte besondere Hilfen benötigt,

um wieder ein selbstbestimmtes und möglichst eigenständiges Leben führen zu können.

Zur Dokumentation der Ausprägung z.B. von Beeinträchtigungen bestimmter Aktivitäten bedient man sich entsprechender Assessmentinstrumente. So werden Beeinträchtigungen der Selbstversorgung beispielsweise durch den Barthel-Index quantifiziert.

- C. Breiten Raum nimmt die Darstellung der Kontextfaktoren ein, die im individuellen Einzelfall wesentlich zum umfassenden Verständnis des Gesamtgeschehens einer Erkrankung beitragen. Abgefragt werden im Einzelnen v.a. die Umfeldbedingungen im persönlichen, familiären, beruflich/schulischen und sozialen Bereich. Würden diese Faktoren vernachlässigt, so könnten weder den Heilverlauf störende oder hemmende Faktoren beseitigt noch fördernde Faktoren genutzt werden. Unter diesen Aspekten sollen hier auch Angaben zu offensichtlichen Risikofaktoren gezielt gemacht werden.

8. Im Abschnitt V werden die bisher – also vor Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation – durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche Interventionen, Arzneimitteltherapie, Heil- und Hilfsmitelein-satz und andere Maßnahmen wie z.B. Psychotherapie, Patientenschulung oder medizinischer Vorsorgeleistungen erfragt. Zudem soll der Vertragsarzt einschätzen, ob und welche Leistungen aussichtsreich waren oder noch sein können. Hinsichtlich der Heilmitteltherapie soll, sofern dies möglich ist, auch eine Angabe zur bisher eingesetzten Menge innerhalb der letzten zwölf Monate gemacht werden.

Diese Dokumentation soll die Auswahl sowohl der richtigen Rehabilitationsform und -mittel und der geeigneten Einrichtung als auch dem Nachweis dienen, dass mit einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung oder deren Kombination die Behandlungsziele bisher nicht zu erreichen waren.

Kommt der Vertragsarzt zu dem Schluss, dass nur eine komplexe, mehrere Berufsgruppen miteinbeziehende Leistung zur Rehabilitation in Einrichtungen sinnvoll ist, um das Behandlungsziel zu erreichen und vorherige Einzelleistungen der Krankenbehandlung nicht zum Ziel geführt haben bzw. führen können, so kann auch ein solche, wenn auch eher seltene Einschätzung zum Ausdruck gebracht werden.

9. Abschnitt VI klärt die Fragen nach der Rehabilitationsfähigkeit. Ist ein Patient rehabilitationsbedürftig, lassen seine psychische oder physische Verfassung oder auch seine Motivation den Erfolg einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation aber unwahrscheinlich erscheinen, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

10. Im Abschnitt VII wird der behandelnde Arzt ganz konkret auf die Rehabilitationsziele aus seiner Sicht befragt. Hierbei sollte er sich positionieren, welche Ziele er für realistisch hält - sowohl hinsichtlich der Beeinträchtigungen von Strukturen und Funktionen (Schädigungen) als auch bezüglich der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten unter besonderer Beachtung negativ wirkender Kontext- bzw. Risikofaktoren.

In diesem Abschnitt sollten zudem auch die Zielvorstellungen und Erwartungen des Versicherten selbst bzw. die der Angehörigen dokumentiert werden.

11. Im Abschnitt VIII soll der Vertragsarzt angeben, auf welchen Ebenen der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit seiner Meinung nach eine positive Rehabilitationsprognose besteht. So kommt es sicher häufiger vor, dass Schädigungen zwar prognostisch günstig zu beeinflussen sind, die Ziele des Patienten oder seiner Angehörigen dadurch dennoch nicht erreichbar erscheinen.
12. Im IX. Abschnitt werden weitere zur Leistungsentscheidung wichtige Fakten erfasst, insbesondere:
 - mit dem Anforderungsprofil an die von der Krankenkasse auszuwählende Einrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation am sinnvollsten durchgeführt werden soll,
 - mit der Frage nach der Reisefähigkeit, z.B. der Benutzbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel, mit denen der Patient die Einrichtung erreichen kann,
 - mit der Frage, ob zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld erforderlich erscheint, also eine wohnortferne Maßnahme mehr Aussicht auf Erfolg hat, da dort eine solche Distanzierung umsetzbar wird,
 - mit der Frage, ob die häusliche Versorgung bei ambulanter Rehabilitation gesichert ist
 - mit der Frage, ob die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren dringend medizinisch notwendig ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn infolge der zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist, oder aber eine andere Krankheit besteht, die nun mehr zur rehabilitationsbegründenden Krankheit geworden ist. In jedem Fall muss eine solche Maßnahme und seine Dringlichkeit gesondert begründet werden.
13. Der X. Abschnitt beinhaltet die zusammenfassende Wertung hinsichtlich der empfohlenen Rehabilitationsform – also ob die Leistung ambulant (teilstationär) oder stationär – durchgeführt werden soll und welche inhaltlichen Schwerpunkte hierbei vom Vertragsarzt erwartet werden. Zudem wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, Maßnahmen vorzuschlagen, die er zum Erreichen des Rehabilitationszieles für aussichtsreich und maßgeblich hält. Aus Sicht des verordnenden Vertragsarztes soll ggf. deutlich gemacht werden, dass er an einer zusätzlichen Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder der Krankenkasse interessiert ist. Besondere Hinweise im individuellen Einzelfall können hier vermittelt werden.

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
 - Beratungsleistung
 - Koordination der Palliativversorgung
 - additiv unterstützende Teilversorgung
 - 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 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-Mucus-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 79 unbesetzt

***Muster 80: Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im
Ausland Versicherten***

ohne Erläuterung

Muster 81: Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherten Patienten bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland

ohne Erläuterung

Muster 82 bis 84 unbesetzt

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

ohne Erläuterung

Muster 86 bis 98 unbesetzt

Muster 99 unbesetzt

Muster 99A unbesetzt

Hinweise und Regelungen:

Übergangsregelung zu Muster 4:

Aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken ist eine mit den Spitzenverbänden abgestimmte Übergangsregelung bis zur Einführung eines überarbeiteten Musters vereinbart worden.

Muster 4 ist unverändert zu verwenden und im Regelfall vollständig gemäß Krankentransport-Richtlinie auszufüllen. Die Verordnung wird dem Versicherten übergeben, der sich um die vorherige Genehmigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu bemühen hat.

Es gelten zwei Ausnahmen:

1. Fahrten mit dem Mietwagen/Taxi bei Vorliegen einer Dauergenehmigung

Legt der Versicherte eine Dauergenehmigung der Krankenkasse zu Fahrten zu einer ambulanten Behandlung vor, trägt der Vertragsarzt im Freitextfeld (Begründung des Beförderungsmittels) ein: „Dauergenehmigung vom TT.MM.JJJJ“. Auf jegliche Diagnoseangaben wird verzichtet.

2. Nicht planbare Fahrten mit Mietwagen/Taxi

Bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung für Versicherte gemäß § 8 Abs. 2 und 3 Krankentransport-Richtlinien kreuzt der Vertragsarzt die Art des Ausnahmefalles in Abschnitt C) des Formulars an und trägt im Freitextfeld (Begründung des Beförderungsmittels) ein: „keine Genehmigungsmöglichkeit, Uhrzeit“. Auf jegliche Diagnoseangaben wird verzichtet.

Damit ist den datenschutzrechtlichen Bedenken zunächst Rechnung getragen.