

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

- einerseits -

und

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

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

Artikel 1
46. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. April 1995
(Anlage 2 BMV-Ä)

Änderungen der Vordruckvereinbarung

1. Die Nummer 2.1 ändert sich wie folgt, Nummer 2.1.4 wird wie folgt neu eingefügt:

„2.1 Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Stand: 1.2018)

2.1.4 *Abweichend von § 34 Abs. 1 und § 35 Abs. 2 BMV-Ä kann die Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse (Muster 1a der Vordruckvereinbarung) vom Versicherten elektronisch an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden. Die Krankenkasse ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung vom Versicherten im Original zu verlangen. Sofern die Krankenkasse Ihren Versicherten ein solches Angebot macht, verpflichtet sie sich, datenschutzrechtliche Bestimmungen einzuhalten und sicherzustellen.“*

2. Die Nummern 2.18 sowie 2.18.1 ändern sich wie folgt:

„2.18 Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie / Ernährungstherapie) (Stand: 1.2018)¹

2.18.1 *Für die Verordnung von Ergotherapie / Ernährungstherapie ist das anliegende Muster 18 zu verwenden.“*

¹ Das Inhaltsverzeichnis ändert sich entsprechend.

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

1. Die Abbildung in der Vordruckerläuterung zu Muster 1 ändert sich wie folgt:

»

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

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

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

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

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall
 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

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

„Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie)¹

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

Sofern keine Unterscheidung zwischen Ergotherapie und Ernährungstherapie erfolgt, gelten die Erläuterungen jeweils für beide Leistungsbereiche.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erstverordnung; **②** Folgeverordnung; **③** Verordnung außerhalb des Regelfalls
Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

① *Erstverordnung*

*Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdiagnostik durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß Heilmittel-Richtlinie durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld **⑫**).*

② *Folgeverordnung*

Ergotherapie

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalls als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Ergotherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt, ist wieder eine Erstverordnung auszustellen (vgl. § 7 HeilM-RL). Auch vor

¹ Das Inhaltsverzeichnis ändert sich entsprechend.

Folgeverordnungen ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld ①).

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		IK des Leistungserbringers		
Unfall/ Unfallfolgen		geb. am	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) ① <input type="checkbox"/> Erstverordnung ② <input type="checkbox"/> Folgeverordnung ④ <input type="checkbox"/> Gruppentherapie ③ <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles ⑤ <input type="checkbox"/> Behandlungsbeg. spätestens am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ⑥ <input type="checkbox"/> Hausbesuch: ⑥ <input type="checkbox"/> Ja ⑥ <input type="checkbox"/> Nein ⑦ <input type="checkbox"/> Therapiebeg. <input type="checkbox"/> Ja ⑦ <input type="checkbox"/> Nein ⑧ Verordnungs-menge <input type="text"/> ⑨ <input type="text"/> ⑩ Anzahl pro Woche <input type="text"/>			Hausbesuch <input type="text"/> Rechnungnummer <input type="text"/> Belegnummer <input type="text"/> Wegegeld-/Pauschale <input type="text"/> Faktor <input type="text"/> Hausbesuch <input type="text"/> Faktor <input type="text"/> km <input type="text"/> Faktor <input type="text"/>		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges ⑧ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ⑨ <input type="text"/> ⑩ <input type="text"/>					
Indikationsschlüssel			Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde		
⑪ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			⑫ <input type="text"/>		
ICD-10 - Code					
⑬ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
ICD-10 - Code					
⑬ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
⑭ Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten			<input type="text"/>		
⑮ Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele			<input type="text"/>		
⑯ Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)			<input type="text"/>		
<input type="text"/>			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
<input type="text"/>					

Muster 18 (1.2016)

Ernährungstherapie

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen

„Folgeverordnung“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert

3 *Verordnung außerhalb des Regelfalls*

Ergotherapie

*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). In diesem Fall ist das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ von der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt anzukreuzen. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung (siehe Feld **16**). Auch vor Verordnung außerhalb des Regelfalls ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld **1**).*

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

Ernährungstherapie

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

4 *Gruppentherapie*

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

5 *Behandlungsbeginn spätestens am*

Ergotherapie

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen

nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z.B. 010217) anzugeben.

Ernährungstherapie

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

6 *Hausbesuch*

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

7 *Therapiebericht*

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

8 *Verordnungsmenge*

Ergotherapie

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

Ernährungstherapie

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

Besonderheiten bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Ergotherapie

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

9 *Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges*

Ergotherapie

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

Ernährungstherapie

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

10 *Anzahl pro Woche*

Ergotherapie

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

Ernährungstherapie

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

11 *Indikationsschlüssel*

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht bei der Verordnung von Ergotherapie lediglich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SB1 oder PS2SAS).

12 *Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde*

Ergotherapie

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

Ernährungstherapie

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

13 *ICD-10-Code*

Auf dem Verordnungsvordruck ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.

Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie (langfristiger Heilmittelbedarf) bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Verordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

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

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

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

15 Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Ergotherapie

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

Ernährungstherapie

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

Beispiel: Methylenin < 800mg/dl

Bei PKU:

Phenylalanin: <10mg/dl

Thyrosin: >1,1mg/dl

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

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

3. In den Vordruckerläuterungen zu Muster 86 ändert sich der 3. Absatz wie folgt:

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

Artikel 3

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft. Alte Muster 1 und 18 müssen aufgebraucht werden.

Berlin, den 27.10.2017

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin