

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

- einerseits -

und

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

- andererseits -

vereinbaren die nachstehende

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

Artikel 1

Änderungen der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä)

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

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

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

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

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

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

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

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

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

❶ Erstverordnung

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

❷ Folgeverordnung

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

❸ Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

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

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

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

④ Gruppentherapie

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

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

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

⑤ Behandlungsbeginn spätest. am

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

⑥ Hausbesuch

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

⑦ Therapiebericht

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

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

⑧ Verordnungsmenge

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

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles (Physikalische Therapie)

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

⑨ Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

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

Besonderheit bei der Verordnung einer manuellen Lymphdrainage

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

10 Anzahl pro Woche

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

Besonderheit bei der Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

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

11 Indikationsschlüssel

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

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

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

13 ICD-10-Code

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

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

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

14 Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

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

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

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

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

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

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

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

❶ Erstverordnung

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

❷ Folgeverordnung

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

❸ Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

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

④ Gruppentherapie

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

⑤ Behandlungsbeginn spätestens am

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

⑥ Hausbesuch

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

⑦ Therapiebericht

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

⑧ Stimmtherapie, Sprechtherapie und Sprachtherapie

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

⑨ Therapiedauer pro Sitzung

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

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

10 Verordnungsmenge

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

11 Therapiefrequenz

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

Besonderheit bei der Verordnung von Stimmtherapie bei Aphonie

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

12 Indikationsschlüssel

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

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

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

14 ICD-10-Code

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

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

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

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

16 Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

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

17 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

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

18 Tonaudiogramm/ Trommelfellbefund/ Laryngologischer Befund

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

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

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

„Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)“

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

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten			
Unfall/Unfallfolgen	geb. am			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)		Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
1	Erstverordnung	2	Folgeverordnung
3	Verordnung außerhalb des Regelfalles	4	Gruppentherapie
5	Verordnung außerhalb des Regelfalles	6	Verordnung außerhalb des Regelfalles
7	Verordnung außerhalb des Regelfalles	8	Verordnung außerhalb des Regelfalles
9	Verordnung außerhalb des Regelfalles	10	Verordnung außerhalb des Regelfalles
11	Verordnung außerhalb des Regelfalles	12	Verordnung außerhalb des Regelfalles
13	Verordnung außerhalb des Regelfalles	14	Verordnung außerhalb des Regelfalles
15	Verordnung außerhalb des Regelfalles	16	Verordnung außerhalb des Regelfalles
17	Verordnung außerhalb des Regelfalles	18	Verordnung außerhalb des Regelfalles
19	Verordnung außerhalb des Regelfalles	20	Verordnung außerhalb des Regelfalles
21	Verordnung außerhalb des Regelfalles	22	Verordnung außerhalb des Regelfalles
23	Verordnung außerhalb des Regelfalles	24	Verordnung außerhalb des Regelfalles
25	Verordnung außerhalb des Regelfalles	26	Verordnung außerhalb des Regelfalles
27	Verordnung außerhalb des Regelfalles	28	Verordnung außerhalb des Regelfalles
29	Verordnung außerhalb des Regelfalles	30	Verordnung außerhalb des Regelfalles
31	Verordnung außerhalb des Regelfalles	32	Verordnung außerhalb des Regelfalles
33	Verordnung außerhalb des Regelfalles	34	Verordnung außerhalb des Regelfalles
35	Verordnung außerhalb des Regelfalles	36	Verordnung außerhalb des Regelfalles
37	Verordnung außerhalb des Regelfalles	38	Verordnung außerhalb des Regelfalles
39	Verordnung außerhalb des Regelfalles	40	Verordnung außerhalb des Regelfalles
41	Verordnung außerhalb des Regelfalles	42	Verordnung außerhalb des Regelfalles
43	Verordnung außerhalb des Regelfalles	44	Verordnung außerhalb des Regelfalles
45	Verordnung außerhalb des Regelfalles	46	Verordnung außerhalb des Regelfalles
47	Verordnung außerhalb des Regelfalles	48	Verordnung außerhalb des Regelfalles
49	Verordnung außerhalb des Regelfalles	50	Verordnung außerhalb des Regelfalles
51	Verordnung außerhalb des Regelfalles	52	Verordnung außerhalb des Regelfalles
53	Verordnung außerhalb des Regelfalles	54	Verordnung außerhalb des Regelfalles
55	Verordnung außerhalb des Regelfalles	56	Verordnung außerhalb des Regelfalles
57	Verordnung außerhalb des Regelfalles	58	Verordnung außerhalb des Regelfalles
59	Verordnung außerhalb des Regelfalles	60	Verordnung außerhalb des Regelfalles
61	Verordnung außerhalb des Regelfalles	62	Verordnung außerhalb des Regelfalles
63	Verordnung außerhalb des Regelfalles	64	Verordnung außerhalb des Regelfalles
65	Verordnung außerhalb des Regelfalles	66	Verordnung außerhalb des Regelfalles
67	Verordnung außerhalb des Regelfalles	68	Verordnung außerhalb des Regelfalles
69	Verordnung außerhalb des Regelfalles	70	Verordnung außerhalb des Regelfalles
71	Verordnung außerhalb des Regelfalles	72	Verordnung außerhalb des Regelfalles
73	Verordnung außerhalb des Regelfalles	74	Verordnung außerhalb des Regelfalles
75	Verordnung außerhalb des Regelfalles	76	Verordnung außerhalb des Regelfalles
77	Verordnung außerhalb des Regelfalles	78	Verordnung außerhalb des Regelfalles
79	Verordnung außerhalb des Regelfalles	80	Verordnung außerhalb des Regelfalles
81	Verordnung außerhalb des Regelfalles	82	Verordnung außerhalb des Regelfalles
83	Verordnung außerhalb des Regelfalles	84	Verordnung außerhalb des Regelfalles
85	Verordnung außerhalb des Regelfalles	86	Verordnung außerhalb des Regelfalles
87	Verordnung außerhalb des Regelfalles	88	Verordnung außerhalb des Regelfalles
89	Verordnung außerhalb des Regelfalles	90	Verordnung außerhalb des Regelfalles
91	Verordnung außerhalb des Regelfalles	92	Verordnung außerhalb des Regelfalles
93	Verordnung außerhalb des Regelfalles	94	Verordnung außerhalb des Regelfalles
95	Verordnung außerhalb des Regelfalles	96	Verordnung außerhalb des Regelfalles
97	Verordnung außerhalb des Regelfalles	98	Verordnung außerhalb des Regelfalles
99	Verordnung außerhalb des Regelfalles	100	Verordnung außerhalb des Regelfalles

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
11	12
ICD-10 - Code	
13	
ICD-10 - Code	
13	
Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten	
14	
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele	
15	
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)	
16	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 18 (1.2017)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

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

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*

*Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Physikalischen Therapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt ist wieder eine Erstverordnung auszustellen (vgl. § 7 HeilM-RL). Auch vor Folgeverordnungen ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld **①**).*

③ *Verordnung außerhalb des Regelfalles*

*Lässt sich mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalles, insbesondere längerfristige Verordnungen). In diesem Fall ist das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ von der Vertragsärztin /dem Vertragsarzt anzukreuzen. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung (siehe Feld **⑮**). Auch vor Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld **①**).*

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

④ Gruppentherapie

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

⑤ Behandlungsbeginn spätestens am

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

⑥ Hausbesuch

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

⑦ Therapiebericht

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

⑧ Verordnungsmenge

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

Besonderheit bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

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

10 Anzahl pro Woche

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

11 Indikationsschlüssel

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

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

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

13 ICD-10-Code

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

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

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

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

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

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

15 *Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele*

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

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

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

Artikel 3

Inkrafttreten

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

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

Berlin, den 05.05.2016

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin